



Aidspace

Independent observer
of the Global Fund

CONSÉQUENCES DE LA CRISE EBOLA 2014-15 SUR LES SYSTÈMES DE SANTÉ DE LA GUINÉE, LA SIERRA LEONE ET DU LIBÉRIA

L'épidémie d'Ebola de 2014-2015 en Afrique de l'Ouest, qui s'est essentiellement concentrée sur la Sierra Leone, la Guinée et le Liberia, était la plus importante de l'histoire de cette maladie encore méconnue. Avec 28 616 cas et 11 310 décès au total (1), cette crise a marqué les populations et affecté les systèmes de santé de manière durable.

Au-delà des décès directement provoqués par la maladie à virus Ebola (MVE), la crise a engendré un nombre beaucoup plus important de victimes; d'une part en raison des dysfonctionnements des systèmes de santé des trois pays, d'autre part, du fait de la rupture de confiance des populations dans leurs services de santé.

Les populations les plus vulnérables comme les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes ont été les premières victimes collatérales de l'épidémie d'Ebola, du moins au regard des cas qui ont été notifiés via le système national de surveillance sanitaire ou encore les études qui se sont particulièrement intéressées aux conséquences en cascade de la crise Ebola. Si à notre connaissance, il n'existe pas encore d'étude comparative de cet impact dans les trois pays via une méthodologie commune, des résultats ont été mesurés dans chacun des trois pays, souvent à partir de méthodologie et d'approches différentes.

Une diminution de la fréquentation des formations sanitaires

L'une des premières conséquences directes de l'épidémie d'Ebola est la peur des populations qui s'est caractérisée par une diminution significative de la fréquentation des services de santé. C'est du moins ce

que montre une étude conduite en Sierra Leone. Outre le mécontentement des usagers face à l'inefficacité du personnel de santé, certaines rumeurs à propos d'Ebola faisaient état d'une contamination volontaire aux populations par les services de santé eux-mêmes (2). Les auteurs affirment qu'il y a eu une diminution des consultations dans les formations sanitaires, notamment pour les enfants atteints de paludisme et les femmes qui devaient se présenter pour les consultations pré et postnatales ou encore pour accoucher. Le constat est similaire pour le suivi des personnes vivant avec le VIH.

Une recrudescence des perdus de vue dans la lutte contre le VIH/sida

Les acteurs de terrain présents dans l'un des trois pays touchés par la MVE ont remarqué qu'au cours de l'épidémie, le nombre de perdus de vue parmi les personnes vivant avec le VIH avait anormalement augmenté. C'est par exemple le cas de l'ONG Solthis qui travaille avec l'hôpital national de Donka en Guinée. Entre avril et décembre 2014, la proportion de perdus de vue parmi les patients recevant un traitement antirétroviral a augmenté de 0% à 42%. En l'absence de prise de traitement, ces perdus de vue présentent un risque de résistance aux antirétroviraux. Par défaut de traitement, la hausse de la charge virale chez ces patients constitue un risque accru de transmission du VIH aux partenaires (3).

Santé maternelle et infantile

La diminution de la fréquentation des centres de santé et des hôpitaux a eu pour première conséquence une augmentation de la morbidité et de la mortalité liée au retard ou à l'absence de prise en charge des cas de paludisme. Certains auteurs n'hésitent pas à affirmer que le nombre de victimes du paludisme a été supérieur à celui des décès directement provoqués par le virus Ebola (4). Au Liberia, la crise Ebola aurait empêché la délivrance d'environ 100 000 traitements antipaludéens, si bien que le nombre de cas de paludisme était 50% plus élevé en décembre 2016 qu'en décembre 2013 (5). Ce « retour en arrière » dans la lutte contre le paludisme, bien qu'inquiétant, laisse cependant présager une amélioration de ces chiffres en raison de la confiance retrouvée des populations pour leur formation sanitaire (FOSA). Cela passe cependant par la communication et l'information auprès des populations sur la MVE.

Les systèmes de santé impactés

Dans les trois pays, selon l'Organisation Mondiale de la Santé, 874 personnels de santé ont été touchés par la MVE, parmi lesquels 509 sont décédés. Cet état des lieux est probablement sous-estimé car il date de 2015 (6). Cet impact morbide sur le personnel de santé est d'autant plus inquiétant que le renforcement des systèmes de santé passe par un besoin urgent et accru de personnel qualifié dans les années à venir. L'OMS estime que le déficit de personnel de santé au niveau mondial est d'environ 7,2 millions, dont une grande part en Afrique ; ce qui signifie que l'efficacité des systèmes de santé et la disponibilité d'une offre de service restent limitées. « Le sous-investissement chronique affectant l'éducation et la formation du personnel de santé dans certains pays, conjugué à l'inadéquation entre les stratégies de formation, les systèmes de santé et les besoins de la population, se traduisent par des pénuries chroniques de personnel. À cela s'ajoute les difficultés du déploiement du personnel de santé en milieu rural, dans les lieux isolés et mal desservis » (7).

On relève également une inadéquation des structures de santé pour la prise en charge d'Ebola. Les maladies épidémiques sont généralement prises en charge dans le service des maladies infectieuses des hôpitaux ou des centres de santé disposant d'un service adéquat. Face à Ebola, alors qu'il est important d'isoler rapidement les patients, ce mode opératoire est inadapté au risque – comme cela s'est vu – de transmettre le virus à d'autres patients et au personnel de santé. La disparition des sanatoriums dans les années 70-80 n'a pas permis de faciliter l'isolement des patients et a donc participé à la propagation de l'épidémie au sein même des structures de soin.

La violence de l'épidémie a contribué à l'échec d'une prise en charge adaptée dans les structures de

soins nationales : absence de traitement efficace, période d'incubation courte, taux de morbidité élevé, équipements de protection initialement inappropriés, protocoles de tri des patients méconnus ou inappliqués dans la plupart des formations sanitaires, diagnostic et prise en charge des patients qu'il a fallu adapter en cours d'épidémie, peur des populations et désaffectation des services de santé, conséquences durables sur la santé des survivants...

Enfin, le retour à la normale des taux de fréquentation des services de santé reste globalement difficile : Selon Wagenaar BH et al., au Libéria, il a fallu 23 mois après le début de l'épidémie, et 11 mois après la fin de la déclaration du dernier cas d'Ebola, pour que les taux de fréquentation des services de santé atteignent ceux d'avant l'épidémie. Les auteurs estiment que 770 000 consultations ont été perdues, essentiellement dans les soins de santé primaire et particulièrement les consultations prénatales, les consultations postnatales et la vaccination BCG ou pentavalent (5).

Une résilience positive : le cas de la Guinée Conakry

Dès septembre 2014, l'ONG Médecins Sans Frontières (MSF) s'indigne de l'inaction mondiale face à la MVE qui vient de faire 400 morts dans les trois pays en seulement une semaine (8). Cette « mauvaise publicité » fera réagir la communauté internationale. Les coopérations occidentales débloquent des financements d'urgence, la France crée une Task Force interministérielle EBOLA (TFE) en octobre 2014 pour appuyer essentiellement la Guinée Conakry. L'USAID, l'UE, l'OMS et le système des Nations Unies – pour ne citer que ces opérateurs – mobilisent d'importants moyens pour contenir l'épidémie.

Durant la crise en Guinée, face aux difficultés d'isolement des patients dans les structures de santé existantes, 38 centres de traitement des épidémies (Ctepi) sont construits en un temps record pour la prise en charge des patients infectés par une maladie à potentiel épidémique.

La création, le 4 juillet 2016, d'une agence spécialisée, l'Agence Nationale de Sécurité Sanitaire, est également une réponse directe à l'épidémie d'Ebola (9). Cet établissement gère (ou co-gère) aujourd'hui la surveillance épidémiologique du territoire, le dispositif des laboratoires de surveillance et de diagnostic des maladies à potentiel épidémique, les 38 Ctepi, un centre d'opération d'urgence ainsi que des équipes régionales et préfectorales polyvalentes d'alerte et de riposte (dispositifs ERARE & EPARE) . En 2017, le recrutement exceptionnel de médecins et de personnels de santé a permis de satisfaire le fonctionnement de ces nouvelles structures et de pallier à la perte des personnels soignants en 2014 et 2015. La construction et l'ouverture récente (22 octobre 2018) d'un Institut Pasteur à Conakry dédié à la formation, à la recherche et au diagnostic relève également d'une décision du renforcement sanitaire dans le cadre de la surveillance épidémiologique de la MVE (10).

Renforcer les systèmes de santé

Au-delà des conséquences négatives de la crise Ebola, une prise de conscience des opérateurs internationaux s'est accrue sur la nécessité de renforcer au plus vite les systèmes de santé des pays les plus vulnérables. Le Fonds Mondial de lutte contre le VIH/sida, la tuberculose et le paludisme a fait le constat que dans les trois pays, les services de santé de base, notamment les services de traitement et de prévention du VIH, de la tuberculose et du paludisme, se sont retrouvés à l'arrêt. Cette situation a conduit le Fonds mondial à investir 103 millions de dollars dans le renforcement des systèmes de santé dans les trois pays entre 2016 et 2018 (11). Cette politique devrait être élargie à d'autres pays dont les systèmes de santé sont jugés vulnérables.

Gageons que les investissements de la communauté internationale permettront d'endiguer l'apparition d'événements aussi tragiques que celui de 2014-2015. Les regards sont aujourd'hui tournés vers la RDC qui fait face à une nouvelle crise de la MVE.

Références

1. [WHO. Situation report: Ebola virus disease](#)—10 June 2016. Geneva: World Health Organization; 2016.
2. Elston JWT, Moosa AJ, Moses F, et al. Impact of the Ebola outbreak on health systems and population health in Sierra Leone. *J. of Public Health*, December 2016, 38(4): 673–678.
3. Ndawinz J, Cissé M, S K Diallo M et al. Prevention of HIV spread during the Ebola outbreak in Guinea. *The Lancet*, 2015, 385(April 11): 1393.
4. Plucinski MM, Guilavogui T, Sidikiba S, Diakite N, Diakite S, Dioubate M, et al. Effect of the Ebola-virus-disease epidemic on malaria case management in Guinea, 2014: a cross-sectional survey of health facilities. *Lancet Infect Dis*. 2015;15(9):1017–23
5. Wagenaar BH, Augusto O, Beste J, Toomay SJ, Wickett E, Dunbar N, et al. (2018) The 2014–2015 Ebola virus disease outbreak and primary healthcare delivery in Liberia: Time-series analyses for 2010–2016. *PLoS Med* 15(2): e1002508
6. [World Health Organisation Ebola situation report](#)—1st July 2015
7. [WHO. Ressources humaines pour la santé : stratégie mondiale à l'horizon 2030](#). Genève
8. Barroux R. Ebola : Médecins sans frontières dénonce l'inaction mondiale malgré l'urgence. *Le Monde*, 4 septembre 2014.
9. <https://anss-guinee.org/>
10. <https://www.pasteur.fr/fr/institut-pasteur/institut-pasteur-monde/actualites/institut-pasteur-guinee-inaugure-son-premier-laboratoire-conakry>

[Read More](#)
