

Trois petits coups de gueule et puis s'en va...

O. Bouchaud

Reçu le 15 septembre 2016 ; accepté le 15 septembre 2016
© Société de pathologie exotique et Lavoisier SAS 2016

Ce numéro spécial « Ebola » et la journée de réflexion organisée par la Société de pathologie exotique le 8 novembre 2016 sont l'occasion de ces trois petits coups de gueule.

D'emblée je préviens, je ne suis pas allé sur le terrain, et je suis donc bien conscient que certains pourraient me reprocher de ne pas avoir la légitimité de ces humeurs.

Le premier coup de gueule concerne la (les) cause(s) de l'émergence de cette épidémie. Certes, des facteurs bien documentés (densité des populations, moyens de circulation, porosité des frontières, etc.) expliquent l'importance (même si la réalité a été heureusement bien en deçà de ce que les augures et menteurs « modèles mathématiques » nous prédisaient) de l'épidémie par rapport aux épidémies précédentes d'Afrique centrale. Il n'est pas question de contester ces éléments. Ils n'ont cependant été que les catalyseurs de la cause principale qui est l'abandon de ces populations par leurs dirigeants et par ce qu'il est convenu d'appeler la communauté internationale. Comment imaginer que la propagation de ce virus, transmissible par contact direct et de fait pas si transmissible que ça (taux de reproduction inférieur à 1,8 versus 5 à 7 pour la variole et 12 à 18 pour la rougeole) aurait pu être différente de ce qu'elle a été dans des pays aussi désstructurés, avec une insuffisance criante de systèmes sanitaire et éducatif publics ? Comment imaginer que les populations allaient suivre les recommandations ou injonctions des autorités alors qu'elles ont été brutalisées, humiliées, méprisées, pillées pendant des décennies par ces mêmes autorités ? Et que dire des dirigeants des grands pays industrialisés, peu regardant sur ces violences, et qui n'ont commencé à bouger que quand a commencé à poindre une hypothétique menace d'importation (renforçant les rumeurs de « Mal » envoyé par le Nord) ? Pour ceux qui connaissent mal ces contextes, je voudrais juste citer ici quelques phrases issues d'un rapport de stage d'un jeune étudiant en médecine (Guillaume Jimena) de Toulouse ayant eu l'opportunité d'aller en Guinée à l'été 2016.

« C'est ici, dans cette ville [Conakry] construite sur des marécages, où s'entassent quelques deux millions de Guinéens dans des logements insalubres, dans la pollution, soumis aux coupures d'eau et d'électricité quotidiennes, sans ramassage d'ordures, sans véritable réseau routier, trop souvent sans travail, et surtout sans système de couverture sociale [...], que je décide d'avoir ma première expérience africaine. [...] Oui en Guinée-Conakry, il y a pénurie de système de santé, de système éducatif et de système juridique dans une société où l'argent et les rapports de force contrôlent les relations, et où croyances et superstitions régulent les mœurs. »

Le deuxième concerne la limitation des soins qui a été trop souvent imposée comme un dogme de santé publique qu'il était interdit de contester. Jusqu'au milieu de l'année 2014, où la dynamique de l'épidémie n'était pas bien cernée, où la fausse extinction d'avril-mai avait dérouté, où pouvait encore planer le doute sur les modes de transmission, où l'incidence effrayait, où les équipes étaient peu nombreuses et pas encore bien rodées, l'objectif prioritaire était légitimement de freiner l'épidémie en isolant les patients de la communauté. Les mesures de protection, dont rétrospectivement on pourrait contester l'extrémisme systématisé, imposant un temps maximal de 45 minutes dans les salles de soins pour les soignants (chaleur insoutenable, sudation massive sous les combinaisons étanches), ont mécaniquement entraîné une limitation des soins et notamment des perfusions. La limite souvent fixée à 2 l/j pour des patients qui en perdaient trois à quatre ne pouvait qu'entraîner une déshydratation massive. Combien de patients hospitalisés en phase initiale, et qui auraient pu s'en sortir, sont morts d'hypovolémie ? Quel impact sur les populations et sur l'accréditation des folles rumeurs qui circulaient, et avec quelles conséquences sur la transmission ces taux de mortalité énormes au début ont-ils eu ? Comment justifier que ces limitations étaient toujours en vigueur fin 2014, alors que le contexte était devenu complètement différent ? Comment expliquer que des médecins volontaires se rebellant contre cette limite absurde, alors qu'ils avaient les moyens de faire plus, se sont fait rabrouer, mis sur la touche, voire « expulser » ? Pourquoi n'avoir pas imaginé, une fois les interrogations contrôlées, qu'on pouvait peut-être distinguer deux

O. Bouchaud (✉)
Service des maladies infectieuses et tropicales,
hôpital Avicenne et université Paris-XIII,
93000 Bobigny, France
e-mail : olivier.bouchaud@aphp.fr

situations avec deux niveaux de risque de transmission très différents et donc deux niveaux de protection différents permettant plus de soins, selon que les patients étaient en phase initiale peu excrétoire ou en phase tardive à haut risque de transmission (et plus faible chance de survie) ? Quand le dogme de santé publique envahit l'espace médical et éthique pour nier l'évidence clinique et déontologique, il y a quelque chose qui ne va pas...

Dernier coup de gueule..., les excès des « procédures Ebola » en France. Sans insister sur les sources d'informations et de recommandations initialement multiples, non coordonnées et parfois divergentes, comment ne pas s'interroger sur le jusqu'au-boutisme de ces procédures (qui nous ont occupés bien des heures de réunion) ? On pourrait en sourire et l'affaire finie, passer à autre chose. Le problème est que ces procédures auraient pu coûter très cher, par retard de soins, à des patients fébriles revenant des zones à risque qui avaient mille fois plus de risques d'avoir un paludisme ou toute autre infection, et qu'on n'avait pas le droit de prendre en charge, alors que les procédures universelles de protection « normalement » appliquées sont suffisantes (ne le savait-on pas depuis les épidémies d'Afrique centrale ?). Plus grave, dans l'hypothèse, très improbable, mais sait-on jamais, nous disait-on..., où une microépidémie d'importa-

tion de seulement une petite dizaine de cas aurait émergé, comment les centres de référence auraient-ils pu faire face ? À raison d'environ 30 soignants mobilisés par équipe, comment ces procédures auraient-elles tenu ne serait-ce que quelques jours ? On aurait eu recours, dans le meilleur des cas, à des procédures dégradées improvisées qui là auraient exposé les soignants et nuï aux patients.

J'en ai fini... ! La critique rétrospective est facile et l'art est difficile. Je ne l'ignore pas. Néanmoins, ces épidémies ponctuelles spectaculaires surmédiatisées, y compris parfois par des confrères, pas forcément les plus compétents, avides de mettre de l'huile sur le feu pour se faire mousser, qui remuent probablement dans nos inconscients collectifs la mémoire profonde des pestes et des choléras des anciens temps, conduisent manifestement à des comportements qui défient le bon sens et la raison. Essayons d'y revenir, en faisant mieux la prochaine fois, mais sans oublier que des fléaux incomparables minent à feu doux la santé publique... On nous annonce un million de décès annuels par suicide ou, dans un futur pas si lointain, dix millions de décès du seul fait des bactéries multirésistantes...

Remerciements Merci à Bruno Marchou d'avoir accepté de relire ce texte.