

Editorial

Maladie virale à Ebola à Mangina, en République Démocratique du Congo: Une épidémie bien différente des précédentes

Ebola virus disease in Mangina, the Democratic Republic of the Congo: An other history

La survenue d'un épisode de la maladie à virus Ebola (MVE) est toujours une épreuve sérieuse pour un pays car elle constitue en même temps un défi et un test du niveau d'organisation du système de santé d'un pays, particulièrement les pays africains pour lesquels ces épisodes sont fréquents. Cela est encore plus éprouvant lorsque lesdits épisodes sont très récurrents. C'est manifestement le cas de la République Démocratique du Congo (RDC) qui, en un peu plus de 40 années, a vu survenir à différents endroits 10 de 28 épidémies rapportées dans le continent africain.

Son premier épisode qui coïncida avec la découverte du virus Ebola survint à Yambuku (1976). Puis une année plus tard le virus a été détecté à Tandala (1977). Il s'en est suivi un silence de près d'une vingtaine d'années durant lesquelles aucun cas de ce fléau ne fut détecté à travers le pays. Ensuite arrive en 1995 une grosse épidémie à Kikwit, une cité urbaine située en zone de savane contrairement aux épisodes précédents qui avaient eu lieu en zone forestière ; plus de 300 décès furent rapportés. Depuis lors, on assiste à un rapprochement inquiétant de ces épisodes, d'abord de 40 années (Mweka 2007-2008), puis de moins de 5 ans (Isiro 2012, Boende 2014, Likati 2017), ce qui se passe actuellement en RDC est inédit et sort de toute prévision car au cours d'une même année deux épidémies de la MVE indépendantes et simultanées -toutes causées par la souche Zaire, ont eu lieu dans deux parties du pays distantes de près de 2000 Km. Si l'épidémie de Bikoro qui avait atteint Mbandaka (la capitale de la province) a été très rapidement maîtrisée, Celle de Mangina dans la partie Est du pays semble compliquée et manifestement plus difficile à contenir comme d'ailleurs en témoigne son expansion rapide en quelques semaines vers des grandes villes, notamment Beni, Butembo et récemment Bunia dans la province de l'Uturi. La combinaison de plusieurs facteurs explique cette difficulté à contenir ce dixième épisode de la MVE en RDC. D'abord, elle survient dans une région du pays qui ne figurait pas sur la liste des zones de santé à risque de la MVE établie par la Direction de Lutte contre la Maladie suite à une enquête réalisée il y a deux ans. La conséquence est que le personnel de santé de cette province n'avait jamais été recyclé sur cette maladie et ignorait totalement les mécanismes de sa gestion. Les formations antérieures sur la MVE étaient pour la plupart, concentrées aux provinces de l'ouest considérées a priori à risque de la MVE. Un autre fait est que les premiers cas de la MVE étaient survenus dans une zone de santé frontalière entre deux provinces (le Nord Kivu et l'Ituri) ayant une population dense et très mobile à cause d'intenses activités commerciales liées à la proximité avec l'Ouganda. Cela a favorisé l'essaimage très rapide des cas dans des cités urbaines comme Beni, Butembo et tout récemment Tchomia (à 45 kilomètres de Bunia). Ces premiers cas ont été reçus par ailleurs dans des structures de santé dont le personnel soignant ignorait totalement la maladie et par conséquent, n'a pas pu mettre en place les mesures de contrôle de l'infection à l'hôpital même quand l'épidémie fut déclarée. Le nombre élevé de personnel de santé contaminé est un des indicateurs de cette méconnaissance de la maladie et du faible niveau d'hygiène et de contrôle de l'infection dans les institutions hospitalières et le retard de la détection de la maladie témoigne du faible niveau de surveillance dans ces régions. Mais ce qui est très particulier à cette épidémie est qu'elle survient dans une zone de conflit armé où plusieurs groupes armés rebelles opérant avec des incursions périodiques rendant les actions de santé publique (d'investigation et de suivi de contact) très difficile, voire impossible. Cela entraîne la non maîtrise des certaines chaînes de transmission et qui pourrait donc conduire au non contrôle de l'épidémie. Ce contexte de conflit occasionne une autre conséquence beaucoup plus subtile dans ce sens qu'au fil de temps, il produit une perte de confiance de la population envers les autorités politiques et un faible engagement communautaire aux mesures de lutte préconisées par les autorités. Cette faible confiance de la communauté aux autorités est un des éléments à la base de la résistance qui est de plus en plus perceptible dans les zones urbaines touchées. Face à ce scénario jamais pensé, les autorités sanitaires de la RDC sont appelées à innover dans la recherche des solutions afin d'endiguer cette dixième épidémie qui manifestement aura une histoire bien différente des précédentes. Parmi ces innovations, la RDC compte sur la vaccination qui, bien que expérimentale, avait déjà fait ses preuves lors de la dernière épidémie à Bikoro, ciblant en ceinture les contacts et les contacts des contacts ainsi que le personnel de santé de première ligne. Cette fois-ci, la coordination de lutte contre la MVE a élargi cette stratégie vaccinale en y associant un volet de vaccination en ceinture géographique pour atteindre un grand nombre de personnes. Cependant, cette stratégie vaccinale est globalement difficile à appliquer compte tenu du contexte sécuritaire. Une autre innovation consiste en l'utilisation, à titre compassionnel, des médicaments expérimentaux pour réduire la forte mortalité liée à ce fléau. Il s'agit de Zmapp, de Remdesivir, mais aussi du mAb114 qui a été synthétisé à partir d'un anticorps monoclonal isolé à partir d'un patient congolais survivant de l'épidémie de Kikwit. D'autres molécules comme le favipiravir et le régénéron sont disponibles. L'épidémie de Mangina au Nord Kivu est somme toute bien différente des autres car elle rassemble en elle les plus d'éléments à risque et rappelle la grosse crise de l'Afrique de l'ouest à ses débuts. La seule différence est que la RDC a déjà une expertise reconnue pour avoir contenu 9 épidémies mais aussi la communauté internationale qui également prend part à la riposte a déjà tiré toutes les leçons de la crise en Afrique de l'ouest. Ces dernières seront capitalisées pour cette épidémie. Toutefois restons vigilant !

Steve Ahuka-Mundeke, Sheila Makiala, Justus Nsio Mbeta, Placide Mbala, Université de Kinshasa