

L'ÉPIDÉMIE DE FIEVRE HÉMORRAGIQUE A VIRUS EBOLA EN REPUBLIQUE DU CONGO, 2003 : UNE NOUVELLE STRATEGIE ?

P. FORMENTY, F. LIBAMA, A. EPELBOIN, Y. ALLARANGAR, E. LEROY, H. MOUDZEO, P. TARANGONIA, A. MOLAMOU, M. LENZI, K. AIT-IKHLEF, B. HEWLETT, C. ROTH, T. GREIN ET L'ÉQUIPE DE LUTTE CONTRE L'ÉPIDÉMIE D'EBOLA, AU CONGO*

Med Trop 2003; **63** : 291-295

RESUME • Cet article décrit la dernière épidémie de fièvre hémorragique à virus Ebola (FHVE) qui a sévi dans le département de la Cuvette Ouest en République du Congo de janvier à avril 2003. Les enquêtes épidémiologiques ont montré que le premier cas de FHVE, rétrospectivement identifié, était tombé malade le 25 décembre 2002. A partir de cette date jusqu'au 7 mai 2003, un total de 143 cas a été identifié, incluant 128 morts, dans les districts sanitaires de Mbomo et de Kélé. Treize des cas étaient confirmés au laboratoire et 130 étaient épidémiologiquement liés. Cinquante-trois pour cent des cas étaient de sexe masculin. Les patients étaient âgés de 5 jours à 80 ans. La majorité des cas s'était infectée au cours d'un contact inter-humain, notamment lors de transmission intra-familiale. Les enquêtes épidémiologiques suggéraient l'existence de trois introductions primaires de virus Ebola dans les populations, principalement chez des chasseurs. Pour ces trois cas primaires, le contact avec des primates non-humains (Gorilles) et d'autres mammifères (des antilopes de forêt) soit tués soit trouvés morts, avaient précédé la maladie humaine. Trois personnes des services de santé ont été infectées pendant l'épidémie mais la transmission nosocomiale n'a joué qu'un rôle secondaire. Le 5 juin, le Ministre de la Santé et de la Population du gouvernement de la République du Congo, a solennellement déclaré la fin de l'épidémie de fièvre hémorragique à virus Ebola dans le Département de la Cuvette Ouest. Le dernier décès avait été enregistré le 22 avril dans le petit village de Ndjoukou.

MOTS-CLES • Ebola - Réponse aux épidémies - Mobilisation sociale - Anthropologie - Epidémiologie - Fièvre hémorragique - Congo.

OUTBREAK OF EBOLA HAEMORRHAGIC FEVER IN THE REPUBLIC OF CONGO, 2003

ABSTRACT • This article describes the last Ebola haemorrhagic fever (EHF) outbreak that occurred in the Cuvette Ouest Region of the Republic of Congo from January to April 2003. Epidemiological study demonstrated that the first patient, in whom diagnosis was made retrospectively, became ill on December 25, 2002. Subsequently until May 7, 2003, a total of 143 cases were recorded in the Mbomo and Kélé health districts including 129 fatalities. Thirteen cases were laboratory confirmed and 130 were epidemiologically linked. Fifty-three percent of patients were male. Age ranged from 5 days to 80 years. Transmission involved direct contact with an infected person especially within families. Epidemiological data traced introduction of Ebola virus into the population to three primary cases mainly involving hunters. In all three cases development of the disease followed contact with non-human primates (gorillas) and other mammals (antelope) that had either been killed or found dead. Three health care workers were infected during the epidemic but nosocomial transmission played a minor role in the epidemic. On June 5, the Minister of Health and Population of the Congo Republic officially declared that the outbreak of EHF was over in the Cuvette Ouest Region. The last case was recorded on April 22 in the small village of Ndjoukou.

KEY WORDS • Ebola - outbreak response - Social mobilization - Anthropology - Epidemiology - Haemorrhagic fever - Congo.

• Travail du Département Surveillance et Action, Equipe Alerte et action au niveau mondial, CDS / CSR / GAR, (P.F., Docteur vétérinaire, Epidémiologiste; M.L., Docteur en médecine; K.A-I., Logisticien; C.R., T.G., Docteurs en médecine, Epidémiologistes) Organisation Mondiale de la Santé, Groupe des Maladies Transmissibles Genève, Suisse, du Ministère de la Santé et de la Population (F.L., H.M., Docteurs en médecine, Epidémiologistes; P.T., Docteur en médecine, Microbiologiste), Brazzaville, Congo, du Centre National de la Recherche Scientifique et Muséum National d'Histoire Naturelle, (A.E., Docteur en médecine, Docteur en Ethnologie) Paris, France, du Bureau Régional (Y.A. Docteur en médecine, Epidémiologiste), Organisation Mondiale de la Santé, Libreville, Gabon, de l'Institut de Recherches pour le Développement U034 (E.L., Docteur ès sciences, Chef de l'Unité des maladies émergentes et réémergentes), Centre International de Recherche Médicale de Franceville, Franceville, Gabon, de l'Equipe de réponse à l'épidémie d'Ebola au Congo, du Bureau de la Représentation de l'Organisation Mondiale de la Santé (A.M., Docteur en médecine, Epidémiologiste), Brazzaville, République du Congo et de Washington State University (B.H., PhD, Professeur d'anthropologie), Vancouver, Etats-Unis.

• Correspondance : P. FORMENTY, Equipe Alerte et Réponse au niveau mon -

dial (CDS/CSR/GAR), Département des Maladies transmissibles, Surveillance et Action, Organisation Mondiale de la Santé, Genève, Suisse • E-mail : formenty@who.int •

* L'équipe internationale chargée de combattre la flambée, collaborait avec la Croix rouge congolaise, le ministère de la santé et de la population, le ministère de la défense et le ministère de l'économie forestière du Congo sous la responsabilité de l'OMS. L'équipe internationale incluait des partenaires du Réseau mondial d'alerte et de réponse aux épidémies et réunissait la Fédération internationale des Sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge (FICR), Médecins Sans Frontières (Hollande), le Programme alimentaire mondial (PAM), et des équipes des pays suivants : Allemagne (Institut Bernhard-Nocht, Hambourg), Belgique (Institut de Médecine Tropicale, Anvers), Congo (Ecosystèmes Forestiers d'Afrique Centrale, ECOFAC, Brazzaville), Etats-Unis d'Amérique (Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta et Washington State University, Vancouver), France (Centre National de la Recherche Scientifique et Muséum National d'Histoire Naturelle, Paris), Gabon (Centre international de Recherche médicale, Franceville), Royaume-Uni (London School of Hygiene and Tropical Medicine, Londres).

La fièvre hémorragique à virus Ebola (FHVE) est une maladie très grave causée par des virus du genre *Ebolavirus* de la famille des Filoviridae. Les virus Ebola sont répartis en quatre sous-types : Zaïre, Côte d'Ivoire, Soudan et Reston. La FHVE est caractérisée par les signes suivants : fièvre d'apparition soudaine, sensation de malaise, myalgies et céphalées, suivies de vomissements, de diarrhée, d'éruptions cutanées, d'hémorragies et de défaillance viscérale. Le décès survient dans 50 à 90 % des cas. Les épidémies éclosent sporadiquement à travers l'Afrique sub-saharienne. Le(s) réservoir(s) naturel(s) pour les virus Ebola n'a pas encore été identifié, mais on a recensé des cas de transmission associés à la manipulation d'animaux trouvés morts en forêt (chimpanzés, gorilles, singes, céphalophes). Lors d'éclosions antérieures, la transmission s'est faite essentiellement par contact direct avec les liquides organiques ou la peau de personnes infectées.

Depuis sa première apparition en 1976 au Soudan et en République démocratique du Congo (l'ex-Zaïre), la FHVE a été responsable d'environ une quinzaine d'épidémies dans des pays d'Afrique occidentale et centrale, en République démocratique du Congo (l'ex-Zaïre), au Soudan, en Côte d'Ivoire, en Ouganda, en République du Congo et au Gabon.

Le Réseau Mondial d'Alerte et de Réponse aux Epidémies (GOARN) consiste en une collaboration technique d'instituts, d'organisations et de réseaux qui unissent leurs ressources humaines et techniques pour l'identification rapide, la confirmation et la réponse aux épidémies d'importance internationale. Le réseau GOARN fournit une structure opérationnelle qui met en relation cette expertise et cette compétence, ceci afin de tenir constamment en alerte la communauté internationale à la menace des flambées et d'être prêt à intervenir. Au siège de l'OMS à Genève, l'équipe « alerte et réponse au niveau mondial » (GAR), coordonne la réponse internationale aux épidémies en utilisant les ressources du réseau.

L'OMS et ses partenaires du Réseau Mondial d'Alerte et de Réponse aux Epidémies (GOARN) répondent aux épidémies de maladies infectieuses en suivant 4 phases : (1) la première phase, dite de l'Alerte consiste en récolte de renseignements, vérification des rumeurs, dissémination de l'information aux partenaires et, si l'épidémie est confirmée, offre d'aide au gouvernement par l'OMS ; (2) la deuxième phase, l'activation de la réponse internationale inclut la demande de l'aide au GOARN, la constitution des équipes internationales, le plaidoyer et la recherche de fonds ; (3) la troisième phase embrasse toutes les activités de terrain et concerne l'arrivée de l'équipe internationale, sa préparation et l'accomplissement des activités de contrôle ; (4) la phase quatre est très délicate et couvre toutes les activités post-épidémiques, c'est-à-dire les rapports, les publications, les évaluations et la mise en place des capacités nationales de surveillance et de réponse aux épidémies.

L'ALERTE ET LA VERIFICATION DE L'EPIDEMIE

Début décembre 2002, les villageois et des organisations de gestion de la faune avaient rapporté un grand nombre d'animaux trouvés morts dans les forêts des districts

de Kéllé et Mbomo, en particulier chez les primates non-humains (Gorilles et Chimpanzés) et les céphalophes (*Cephalophus* sp.). Fin décembre le Centre International de Recherche Médicale de Franceville (CIRMF) confirmait que les mortalités de gorilles et de chimpanzés étaient bien dues au virus Ebola.

Devant le risque d'introduction du virus Ebola dans les populations humaines, via la consommation de viande de brousse, une mission d'information et de mobilisation sociale, comprenant des parlementaires, du personnel du niveau central du Ministère de la Santé et de la Population (MSP) et de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), fut dépêchée dans les districts de Mbomo et de Kéllé du 5 au 13 janvier pour réactiver la surveillance épidémiologique et renforcer les messages d'éducation sanitaire.

Le 21 janvier 2003, un homme originaire de Yembelangoye, un village situé environ 60 km à l'ouest de Kéllé, Département de la Cuvette Ouest, République du Congo, était admis à l'Hôpital Kéllé. Il présentait les symptômes suivants : fièvre élevée, asthénie, diarrhée sanglante et vomissements. Il mourut 8 jours plus tard. Six autres personnes de sa famille à Yembelangoye avaient présentées les mêmes symptômes dans les 15 derniers jours. Après les obsèques de ce patient, plusieurs cas semblables ont été enregistrés dans Kéllé. Les symptômes et la transmission intra-familiale de la maladie faisaient suspecter la FHVE.

Ce n'est que la dernière semaine de janvier 2003, que ces cas furent notifiés au Ministère de la Santé et de la Population et à l'Equipe Alerte et Réponse au niveau Mondial (GAR) de l'Organisation Mondiale de la Santé à Genève.

Le 5 février, une mission conjointe d'investigation (MSP, OMS et CIRMF) fut envoyée à Mbomo et à Kéllé pour vérifier les rumeurs de FHVE et collecter des échantillons pour le diagnostic de laboratoire. Dans un premier temps, les cas suspects de FHVE refusèrent la prise de sang dans le district de Mbomo, mais le 12 février 5 cas suspects hospitalisés à Kéllé acceptèrent enfin d'être prélevés par les équipes médicales. Les prélèvements furent envoyés pour analyse au CIRMF, au Gabon, où l'infection par le virus Ebola, espèce Zaïre, fut confirmée par ELISA et PCR. L'épidémie de fièvre hémorragique à virus Ebola était officiellement déclarée le 19 février 2001.

ACTIVATION DE LA REPONSE NATIONALE ET INTERNATIONALE

Début février, le MSP demandait à l'OMS de mobiliser l'aide technique et l'aide financière pour aider au contrôle de l'épidémie. L'OMS alertait ses partenaires du Réseau Mondial d'Alerte et de Réponse aux Epidémies (GOARN) demandant leur aide pour identifier des diniciens ayant une expertise sur les FHV et des anthropologues. L'OMS demandait aussi un appui potentiel pour la logistique et l'épidémiologie mais la priorité concernait le renforcement des activités de mobilisation sociales. L'équipe internationale qui a été déployée de février à avril 2003, pour contrôler cette épidémie d'Ebola comptait plus de 25 personnes représentant environ 10 instituts ou organisations.

Au même moment, l'OMS Genève et le Bureau Régional pour l'Afrique envoyaient l'équipe sous-régionale de réponse aux épidémies et une équipe internationale du GOARN chargée d'aider l'équipe nationale dans les activités liées à la coordination de la réponse, la logistique, la mobilisation sociale, la prise en charge des cas, la mise en œuvre des mesures de contrôle, la surveillance épidémiologique et l'appui psychosocial des familles affectées.

Avec l'arrivée des équipes internationales, le MSP, le Ministère de l'Economie Forestière, l'OMS, Médecins Sans Frontières (MSF) et les autres partenaires, élaboraient une stratégie cohérente et construisaient un plan d'action détaillé pour contrôler l'épidémie de FHVE. Sur la base de ce plan d'action, l'OMS lançait un appel aux bailleurs pour répondre rapidement à cette urgence (ECHO, Ambassade d'Italie, Ambassade des Etats-Unis).

ACTIVITES DE LA REPONSE A L'EPIDEMIE

Lors des dernières épidémies d'Ebola, les activités de contrôle en milieu rural, au Gabon et en République du Congo, ont dû faire face à plusieurs contraintes très différentes de celles rencontrées lors des flambées d'Ebola en milieu urbain comme à Kikwit ou Gulu. Les principaux problèmes étaient liés au refus par la communauté des mesures de contrôle et au reniement du modèle explicatif biomédical.

La stratégie classique pour le contrôle des épidémies d'Ebola incluait (1) informer le public des symptômes et des modes de transmission, (2) limiter les pratiques dangereuses (la gestion de cas à la maison, l'enterrement sans précautions), (3) prendre en charge les cas dans un pavillon d'isolement approprié, (4) identifier les sujets contacts des cas d'Ebola et les contrôler quotidiennement pendant 21 jours.

En fait, lors des précédentes épidémies, les équipes médicales s'en tenaient aux deux dernières recommandations, isolant les patients et contrôlant leurs contacts. Le volet d'éducation sanitaire était souvent délaissé. Les enterrements effectués par les équipes médicales étaient techniquement adéquats et sûrs, mais ils n'étaient jamais «des cérémonies de funérailles», permettant aux familles de faire leur travail de deuil. La prise en charge des cas se résumait parfois à un isolement déshumanisé des patients qui mouraient seuls, sans leur famille, à l'hôpital. Ces 3 derniers éléments ont été la source d'un profond malentendu entre la population et les équipes médicales, malentendu qui a été relayé et amplifié par des politiciens locaux à la recherche de pouvoir(s).

Au cours de cette épidémie, nous avons essayé d'adapter notre stratégie en tenant compte des problèmes relevés plus haut. Nous avons hiérarchisé les différentes composantes de la réponse afin de mieux fonctionner sur le terrain et de contrôler plus efficacement l'épidémie.

Coordination

Nous avons tenu à ce que la coordination des activités de contrôle soit forte à tous les niveaux (nationaux et internationaux) avec des canaux clairs d'information et de commande. En période d'épidémie, il est important de partager

l'information entre les différentes équipes et que tout le monde soit au courant de l'évolution de l'épidémie. Une bonne coordination permet également d'utiliser les ressources humaines et les ressources logistiques au mieux (véhicules par exemple). Dans chaque district et parfois dans certains villages un comité de lutte contre l'épidémie d'Ebola regroupant les forces vives de la localité était actif et servait de partenaire aux équipes médicales pour relayer les messages d'éducation sanitaire. Après l'épidémie ces comités devaient se transformer en comité de lutte contre les épidémies et pour la promotion de la santé.

Mobilisation sociale

Nous avons considéré que la mobilisation sociale et l'éducation sanitaire étaient les clefs du succès d'une telle opération. Nous avons demandé l'expertise de plusieurs anthropologues et nous avons étroitement travaillé avec la Croix-Rouge congolaise qui était responsable des principales activités de cette composante. A Mbomo comme à Kéllé il existait déjà des comités locaux de la Croix rouge congolaise qui étaient organisés depuis juin 2002 et dont l'activité principale était l'éducation sanitaire pour le virus Ebola. Les volontaires de la Croix Rouge étaient déjà prêts quand l'épidémie a démarré.

Dans les districts de Kéllé et de Mbomo, les volontaires de la Croix-Rouge congolaise, supervisés par l'équipe internationale, ont joué un rôle majeur dans le contrôle de l'épidémie. Ils ont été impliqués dans toutes les étapes cruciales de la réponse, aidant avec la mobilisation sociale, la surveillance épidémiologique et la prise en charge des cas. Les anthropologues médicaux ont également apporté une contribution significative au succès de la mobilisation sociale en aidant la communauté à accepter les mesures de contrôle de l'épidémie et en aidant les équipes médicales à adapter leur intervention au contexte culturel local.

Logistique et sécurité

Ces deux composantes étaient essentielles pour déployer sans risque le personnel sur le terrain et supporter les activités de contrôle pendant de longues périodes. Alors que l'ensemble du travail de logistique a été correctement mené, le personnel médical a été l'objet de menaces verbales et de violences physiques de la part de la population, ce qui a entraîné un malaise général.

Les 12 et 16 février, 4 enseignants ont été assassinés à Kéllé par une foule sous le prétexte que l'épidémie d'Ebola provenait de leur culte Rose Croix. Plusieurs autres enseignants et fonctionnaires ont également été menacés. Il y avait une grande confusion entre les termes Rose Croix et Croix Rouge, et des menaces ont également été adressées contre les volontaires de la Croix Rouge lors de leurs missions de sensibilisation. Il a fallu l'arrivée d'un bataillon de policiers à Kéllé pour sécuriser la société civile et les équipes médicales.

Prise en charge des cas et des décès

Un des points importants consistait à humaniser la prise en charge des cas à l'hôpital. Lors de l'épidémie de 2002 à Kéllé (comme à Gulu et à Kikwit), nous avons uti-



Figure 1 - Lors de funérailles, un volontaire de la Croix Rouge pulvérise les mains et les pieds de personnes ve nues assister aux funérailles, même s'ils n'ont pas touché au corps du défunt : acquisition d'un rituel funéraire qui introduit la notion de désinfection (Crédit photo Alain Epelboin CNRS/MNHN).

lisé des bâches pour isoler l'hôpital et les différentes chambres du pavillon d'isolement, mais les familles nous disaient : « vous avez mis des bâches pour nous empêcher de voir nos parents dans l'hôpital », « vous voulez tuer nos parents sans que l'on ne vous voit ». Cette année nous n'avons pas utilisé de bâches, mais une haie de piquets a été construite autour de l'hôpital pour l'isoler : les familles pouvaient voir les malades et les équipes médicales à travers la barrière. Cette « transparence des activités à l'hôpital », tout en gardant les mesures de protection maximales pour l'équipe médicale, a permis aux familles de mieux accepter le pavillon d'isolement. Il reste que, faute de personnel, nous n'avions pas pu mettre en place un service de nuit et cela a été reproché aux médecins.

Pour les patients qui refusaient la prise en charge à l'hôpital nous avons développé, en collaboration avec la Croix rouge congolaise, une stratégie de prise en charge à domicile qui visait à diminuer le plus possible les risques de transmission aux membres de la famille. Bien que la prise en charge à domicile reste dangereuse, elle constitue un pis-aller qu'il ne faut pas refuser systématiquement au risque de couper toute communication avec les familles des victimes et de mettre en clandestinité l'épidémie.

Nous avons essayé de redonner du sens aux enterrements (geste technique), déstructurés par les mesures sécuritaires, pour qu'ils deviennent d'authentiques cérémonies funéraires, au décours desquelles, le mort apaisé ne cherche pas à se retourner contre les vivants. Au cours des enterrements sécurisés, l'équipe médicale, au-delà de la présentation formelle et systématique de ses condoléances aux familles, devait être présente afin d'affirmer leur solidarité et le respect des défunts et de leurs familles. Lors des funérailles, une fois achevée la désinfection des personnes (Fig. 1) (équipe d'enterrement, parents) et des espaces contaminés (chambre, montants verticaux...), un agent sanitaire pulvérisait les mains de tous les personnes ve nues assister à la cérémonie même s'ils n'avaient pas touché au corps du défunt.

Ce rituel, facilement adopté, était satisfaisant d'un point de vue traditionnel, car assimilé à une ablution rituelle permettant de se séparer de la souillure mortifère, et d'un point de vue biomédical, car vulgarisant l'emploi de l'eau de javel et de la désinfection. D'autre part, au Congo, une grande partie de la population pratique un « culte des morts » qui consiste, lorsque quelqu'un est décédé, à déposer des objets du défunt sur sa tombe pour éviter que celui-ci ne revienne les chercher à la maison et ne tourmente la famille. Notre pratique de crémation des habits était une violation de ce culte et sur les conseils des anthropologues nous avons préféré enterrer ces objets « contaminés » dans le cercueil avec le défunt. Cette adaptation de nos techniques en fonction des coutumes et us locaux a permis, selon la population, de pratiquer des funérailles « de grande qualité » qui étaient tout à fait acceptées.

Prise en charge psychosociale

Dès le début de l'épidémie le problème du manque de nourriture (ralentissement des activités de chasse et interdiction de sa commercialisation) et des non-vivres (crémation des lits et des linges des malades) pour les victimes, leurs familles et les populations du district fut relevé par les équipes médicales. Dès la fin du mois de février des vivres et des non-vivres, notamment des postes radio, furent envoyés par le Ministère de la Santé, le PAM et des sociétés privées pour soutenir les familles touchées par l'épidémie. Cet appui psychosocial était une manière de montrer la solidarité avec les populations de la Cuvette ouest et il se révéla un merveilleux outil de propagande pour la mobilisation sociale. Néanmoins, cela n'a pas convaincu une fraction de la population ancrée dans des thèses sorcellaires, qui, dans certains cas extrêmes, les a rejetés, craignant qu'ils ne propagent la maladie.

La répartition des vivres et des non-vivres s'est faite « de façon large » chez : les patients hospitalisés, les familles des victimes d'Ebola, le personnel de l'hôpital et la Croix Rouge, les 6 villages touchés par l'épidémie, les quartiers de Kéllé et de Mbomo, le personnel de l'administration qui ne trouvait plus de quoi manger sur le marché de Kéllé.

Epidémiologie

Cette composante qui concerne les activités liées à l'épidémiologie, la surveillance et le laboratoire a connu d'importantes difficultés en raison de problèmes intrinsèques : stigmatisation de cas et des sujets contacts, impossibilité de récolter directement l'information épidémiologique avec les familles des victimes, approximation du recueil des données, menaces verbales et physiques à l'encontre des agents chargés du suivi ou de la récolte d'information, peur des « suceurs » de sang et de la magie noire.

Le premier cas de FHVE, rétrospectivement identifié, était tombé malade le 25 décembre 2002. A partir de cette date jusqu'au 7 mai 2003, un total de 143 cas a été identifié, incluant 128 morts, dans les districts sanitaires de Mbomo et de Kéllé. Treize des cas étaient confirmés au laboratoire et 130 étaient épidémiologiquement liés.

Cinquante-trois pour cent des cas étaient de sexe masculin. Les patients étaient âgés de 5 jours à 80 ans. La majorité des cas s'était infecté au cours d'un contact inter-humain, notamment lors de transmission intra-familiale. Les enquêtes épidémiologiques suggéraient l'existence de trois introductions primaires de virus Ebola dans les populations, principalement chez des chasseurs. Pour ces trois cas primaires, le contact avec des primates non-humains (Gorilles) et d'autres mammifères (des antilopes de forêt) soient tués soient trouvés morts, avaient précédé la maladie humaine. Trois personnes des services de santé ont été infectées pendant l'épidémie, mais la transmission nosocomiale n'a joué qu'un rôle secondaire dans l'épidémie.

Le 5 juin, le Ministre de la santé et de la population du gouvernement de la République du Congo, a solennellement déclaré la fin de l'épidémie de fièvre hémorragique à virus Ebola dans le Département de la Cuvette Ouest. Le dernier décès avait été enregistré le 22 avril dans le petit village de Ndjoukou.

ACTIVITES POST EPIDEMIQVES

Juste après la déclaration de fin d'épidémie, une mission d'évaluation a été envoyée pour évaluer la gestion de la riposte à l'épidémie de FHVE dans la Cuvette Ouest. Cette mission devait apprécier le niveau de préparation du pays à la gestion de l'épidémie de 2003, faire le point sur les actions de riposte à l'épidémie. La principale conclusion de cette mission portait sur la nécessité pour le pays d'élaborer un plan de surveillance épidémiologique et de mobilisation sociale au niveau local et national. Cette mission a également été l'occasion de relancer officiellement les activités sportives et culturelles dans cette partie du Congo (Fig. 2) où tout rassemblement avait été interdit pendant la période de l'épidémie. Le film relatant l'épidémie de Kéllé (3) a été projeté sur grand écran pour les populations de Kéllé et de Mbomo et des matchs de football ont été organisés avec dons de maillot et de ballons. Les activités religieuses ont repris et une messe œcuménique doit être organisée à l'instigation des autorités administratives.

Les épidémies chez les gorilles et les chimpanzés, dans la réserve de Lossi et le Parc National d'Odzala, avaient été notifiées à l'OMS depuis décembre 2002. Ces épidémies animales semblent se déplacer dans les forêts de l'Afrique Centrale à travers le Gabon et la République du Congo, entraînant des mortalités chez les singes, les antilopes etc, qui sont trouvés morts dans la forêt par les villageois qui les découpent et les mangent, pouvant aboutir à de nouvelles introductions du virus Ebola dans la population humaine.

Un nouveau type de collaboration est nécessaire avec tous les partenaires de la santé humaine, de la santé animale, de la conservation de la nature et de la gestion des forêts, pour mettre en œuvre un programme d'éducation sanitaire efficace, pour appuyer une surveillance accrue des cas suspects de FHVE chez l'homme et des mortalités animales et pour intensifier la préparation de la riposte aux épidémies dans les zones affectées.



Figure 2 - Après Ebola, relance du sport et des activités culturelles dans le département de la Cuvette Ouest : une vue de l'équipe de football de Kéllé portant un jeu de maillots à l'effigie d'ECHO, l'agence d'aide humanitaire de l'Union Européenne qui a financé une grande partie des activités des équipes médicales lors de l'épidémie (Crédit photo Pierre Formenty, OMS Genève).

L'OMS encourage les gouvernements d'Afrique Centrale à développer des messages d'information et d'éducation sanitaire basés sur les découvertes des dernières épidémies, afin d'empêcher l'infection et la transmission du virus Ebola et aussi pour développer une prise de conscience de cette maladie parmi la population. C'est une priorité pour le Gabon, le Congo et d'autres des pays d'Afrique Centrale de mettre en œuvre des plans nationaux pour améliorer la préparation à la riposte contre les principales maladies épidémiques, incluant Ebola et pour renforcer le système intégré de surveillance des maladies infectieuses.

Remerciements • Nous sommes très reconnaissants au Ministre de la Santé et de la Population, son excellence le Dr. Alain Moka de la République du Congo et aux Dr Lamine-Cissé Sarr et Dr Adamou Yada Représentants de l'OMS au Congo pour leurs encouragements constants et leur appui tout au long de cette intervention.

REFERENCES

- 1 - WORLD HEALTH ORGANIZATION - Outbreak of Ebola haemorrhagic fever, Uganda, August 2000-January 2001. *Weekly Epidemiol Rec* 2001; **76** : 41-46.
- 2 - WORLD HEALTH ORGANIZATION - Outbreak(s) of Ebola haemorrhagic fever, Congo and Gabon, October 2001-July 2002. *Weekly Epidemiol Rec* 2003; **78** : 217-224.
- 3 - GEORGES-COURBOT MC, LEROY E, ZELLER H - Ebola : un virus endémique en Afrique centrale ? *Med Trop* 2002; **62** : 295-300.
- 4 - EPELBOIN A, FORMENTY P, BAHUCHET S, NGAMI N - Une Approche anthropologique de l'épidémie de FHVE sévissant dans le district de Kéllé, février 2003, <http://www.ecofac.org/Ebola/EbolaFR.htm>
- 5 - EPELBOIN A - Chronique d'Ebola : devins et sorciers, politique et virus, Kéllé février 2003. Kéllé et Mbomo juin 2003. Maquette vidéo de 80 mn et 35 mn.