

# L'épidémie à virus Ebola : quels enseignements pour L'Afrique ?

*Je dédie cet article à la mémoire de ma sœur et camarade Aminata Diaw Cissé, philosophe de formation, esprit libre et bel esprit, s'il en fut, combattante émérite sur tous les fronts de la cause africaine, qui n'est autre que celle de toute l'humanité.*

L'histoire naturelle de la maladie à virus Ebola s'est révélée riche d'enseignements au double plan biomédical et socioculturel, jetant une lumière singulière sur l'état réel de l'Afrique et du monde contemporain.

Il s'agit du principal représentant d'une nouvelle famille taxonomique de virus à ARN, les Filoviridae, dont le prototype est apparu dès 1967 à Marburg (Allemagne) et Belgrade (Yougoslavie), dans un laboratoire de fabrication de vaccins contre la poliomyélite. Ce virus dit de Marburg a provoqué la toute première épidémie humaine de fièvre hémorragique mortelle liée à un filovirus. Isolé à partir d'une colonie de singes verts importés d'Ouganda (qui finira intégralement euthanasiée), il demeure l'unique espèce identifiée de son genre et sera responsable par la suite de près d'une dizaine d'autres épidémies sporadiques, en Afrique orientale et centrale essentiellement.

Le virus du genre Ebola, quant à lui, ne sera découvert que près d'une décennie plus tard, en 1976, à l'occasion d'une sévère épidémie ayant éclaté quasi simultanément à Yambuku (RDC) et à Nzara (Soudan du Sud), avec des centaines de cas, dont plusieurs dizaines de morts. Depuis lors, entre le dernier quart du XXe siècle

**Dialo Diop**  
Faculté de Médecine  
Université Cheikh Anta Diop  
(2016)  
Dakar/Sénégal

et la fin de la première décennie du XXIe, plus d'une vingtaine de poussées épidémiques de fièvres hémorragiques dues au virus Ebola ont été enregistrées en Afrique dite subsaharienne ; au-delà des deux Congo et du Soudan, en Ouganda, au Kenya et au Gabon principalement, mais non exclusivement. Il faut en effet signaler l'apparition d'un cas humain unique et non mortel en Côte d'Ivoire, dans le parc national de la Forêt Tai (1994), ainsi que la survenue d'une épidémie animale à Reston en Virginie (USA), au sein d'une population de singes macaques importés des Philippines (1990). Si cette souche de laboratoire dite Reston est réputée non pathogène chez les humains, la virulence des sous-types dits Zaïre et Soudan pourrait varier entre 40 et 90 pour cent de taux de mortalité, tandis que la pathogénicité de la souche appelée Forêt Tai reste indéterminée. Enfin, au courant des années 2000, un dernier sous-type nommé Bundibugyo a été isolé et identifié lors d'épidémies humaines

en Ouganda et au Congo. Soit, pour l'instant, cinq sous-types distincts reconnus dans le genre Ebolavirus.

Ainsi, entre 1976 et 2012, l'apparition, au cœur du continent africain, d'infections à virus Ebola évoluant sur le mode d'épidémies récidivantes aura provoqué près de 2 000 cas, dont plus de 1 100 décès, si l'on ne prend en compte que les flambées ayant entraîné au moins cent cas sûrement diagnostiqués. Réputée jusqu'alors être confinée aux seules régions forestières de l'Afrique équatoriale, cette fièvre hémorragique virale de type nouveau, malgré son évidente gravité et sa forte contagiosité interhumaine, ne va susciter d'intérêt, au-delà bien entendu des populations et autorités sanitaires des pays concernés, que parmi les experts de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et autres organismes de recherche spécialisés, tels que le Centers for Disease Control and Prevention (CDC) d'Atlanta (USA), l'Institut Pasteur de Paris (France), le Medical Research Council (MRC) de Cambridge (GB) ou le National Institute for Communicable Diseases (NICD) de Johannesburg (Afrique du Sud), entre autres.

Ce relatif manque d'intérêt des responsables de la santé publique et des multinationales de l'industrie

pharmaceutique, venant s'ajouter à la nouveauté de cette famille de virus épidémique dépourvue d'insecte vecteur, et donc différente des arboviroses mieux connues, locorégionales (fièvre jaune, Chikungunya, vallée du Rift) ou mondiales (dengue), explique au moins en partie les difficultés constatées dans la prise en charge diagnostique et thérapeutique de cette maladie infectieuse émergente. Citons, à titre d'exemple, les errements observés dans la détermination du réservoir de virus animal (d'autant plus importante du point de vue épidémiologique qu'il s'agit d'un agent pathogène à transmission non vectorielle) que l'on a imputé tout d'abord aux petits ou aux grands singes, puis aux rongeurs, avant de l'attribuer finalement aux chauves-souris frugivores, identifiées comme les seuls porteurs asymptomatiques du virus Ebola. En outre, du fait de son extrême dangerosité, la culture de ce type de virus, pourtant indispensable à son étude approfondie, nécessite un laboratoire de biosécurité maximale (niveau 4), dont il n'existe que trois ou quatre unités civiles officiellement répertoriées dans toute l'Afrique. D'où les retards accumulés autant dans la recherche de médicaments et/ou de vaccins que dans la mise au point de tests sérologiques relativement simples, et le recours obligatoire aux techniques diagnostiques moléculaires, réservées à quelques rares laboratoires spécialisés dits de référence, situés dans les villes et donc fort éloignés des zones rurales où sévissent habituellement ces épidémies. Un *statu quo* pluri décennal, dont tout le monde semblait plus ou moins s'accommoder...

Jusqu'à la survenue, totalement inattendue, d'une épidémie sans précédent en Afrique de l'Ouest, qui

va marquer un tournant majeur dans l'histoire naturelle de la maladie à virus Ebola. À partir d'un cas index apparu en décembre 2013 dans un village de la zone forestière de Guékédou, s'étendant aux districts de Macenta et de Nzérékoré (République de Guinée), va éclater une épidémie de grande ampleur, d'abord rurale puis urbaine, qui va progressivement se répandre par contiguïté aux pays voisins, dans les districts de Kenema et Kailahun (Sierra Leone) et le district de Lofa (Libéria).

Ainsi, au cours de l'année 2014, sur un total de 67 districts dans ces trois pays, 43 seront atteints par l'extension de l'épidémie, avec plus de 90 pour cent des cas confirmés, probables ou suspects recensés dans 14 districts seulement. Pire, dès le mois de juillet, la poussée va gagner d'autres pays d'Afrique de l'Ouest, avec des cas importés entraînant des cas secondaires mortels, au Nigeria d'abord et au Mali ensuite, tandis qu'un unique cas d'importation non mortel atteindra le Sénégal... Pourtant, il faudra attendre le 25 mars 2014, soit près de quatre mois, pour que l'OMS déclare officiellement l'existence d'une « épidémie de fièvre hémorragique à virus Ebola en Afrique de l'Ouest ». Et ensuite, quatre mois supplémentaires, le 8 août 2014, avant que ses dirigeants ne proclament « la maladie à virus Ebola, une urgence de santé publique de portée internationale » ! Il est vrai qu'entre-temps, le 2 août précisément, l'apparition de quelques cas isolés, mais exportés hors d'Afrique, car frappant le personnel expatrié d'assistance médicale et paramédicale (deux aux USA et un en Espagne), avait suffi à provoquer une peur panique dans l'opinion occidentale... et une réaction instantanée de ce qu'il est convenu d'appeler la « communauté internationale ».

Toujours est-il qu'au 22 septembre 2014, le bilan cumulatif de l'épidémie ouest-africaine établi par l'OMS avançait 5 843 cas et 2 803 décès, le personnel soignant étant sévèrement touché avec 337 cas, dont 181 mortels. Ces chiffres vraisemblablement sous-estimés, de l'aveu même des experts africains et étrangers, témoignent néanmoins d'une progression fulgurante par rapport au précédent bilan d'étape qui, le 16 août, faisait état de 2 240 cas confirmés, probables ou suspectés, dont 1 229 décès.

Preuve ne saurait être plus flagrante de la règle, non écrite mais invariable, du « deux poids, deux mesures », qui prévaut en matière de droit à la santé comme pour tout autre droit fondamental de la personne humaine, en Afrique comme dans le reste du monde. En atteste éloquemment le cas emblématique de notre dévouée consœur sierra-léonaise, le docteur Olivet Buck, contaminée par ses patients et décédée à la suite du refus de son évacuation sanitaire vers l'Allemagne, au mépris de la requête pressante du président de la République de son pays<sup>1</sup>.

De nombreuses manifestations de l'inégalité et de l'iniquité dans l'accès aux soins, la mobilisation et la gestion des ressources appropriées, ou les niveaux d'information vont apparaître, tant dans l'alerte que dans les modalités de la riposte à cette menace à potentiel désormais pandémique. Nous n'en relèverons ici que certains des aspects les plus significatifs.

En effet, à la suite de cette annonce spectaculaire, l'OMS va enclencher une série de réunions d'experts internationaux à Genève, entre août et septembre 2014, en pleine période d'expansion de l'épidémie. Il était jusqu'alors communément admis que l'on ne disposait

d'aucun traitement, ni curatif ni préventif, contre la maladie à virus Ebola ; les seules interventions possibles étant palliatives, à visée purement symptomatique. L'issue de chaque cas dépendait donc fondamentalement, comme pour toute infection virale, du degré de compétence du système immunitaire du sujet face à la densité et la virulence de l'inoculum contaminant et, accessoirement, de la précocité et de la qualité du traitement d'appoint.

C'est dire quel fut l'étonnement, sinon l'éccœurement, des spécialistes africains en apprenant, à l'issue de la première grande rencontre d'experts au siège de l'OMS, qu'il existait non seulement près d'une demi-douzaine de drogues actives contre le virus Ebola et, dira-ton, au stade encore expérimental (certaines ayant atteint ou dépassé les phases d'essais cliniques), mais que l'on disposait de surcroît d'au moins deux candidats vaccins en cours d'évaluation ! Ainsi donc, une gamme thérapeutique quasi complète, préventive et curative, produite par les secteurs public ou privé de la recherche pharmacologique des pays du Nord (USA, Japon et Canada, entre autres), était bel et bien disponible (quoiqu'en quantités parfois limitées et depuis une période indéterminée), mais surtout à l'insu des premiers concernés, à savoir les populations et les autorités responsables de la santé publique dans les pays africains atteints...

Mieux, l'on ne tardera pas à annoncer, courant 2015, la mise au point de tests de dépistage rapide de l'infection humaine à virus Ebola, rendant possible sur place un diagnostic sérologique aisément instantané, supprimant ainsi les contraintes de conservation et les délais

de transport des prélèvements qu'imposait auparavant le recours aux techniques diagnostiques moléculaires. Reste, bien sûr, à en déterminer le coût réel et non le seul prix affiché par les fournisseurs.

Un dernier résultat de cette cascade tardive de réunions internationales de l'OMS consacrée au virus Ebola aura été l'œuvre d'« experts en bioéthique », qui vont autoriser le recours immédiat à des « traitements expérimentaux », y compris des vaccins recombinants, sans respect des rigoureuses procédures d'homologation habituelles, et ceci au nom de l'« urgence sanitaire mondiale » ! Un autre phénomène mis en évidence par cette explosion épidémique du virus Ebola aura été le peu de fiabilité et même l'invalidité des prédictions sur l'évolution probable de l'épidémie proposées par les experts occidentaux, euraméricains en particulier<sup>2</sup>. Autant de projections catastrophistes fondées sur des modélisations mathématiques à prétention scientifique, qui se sont révélées fausses, car simplement infirmées par la réalité des faits. Des chiffres qui vont pourtant donner lieu à diverses projections hasardeuses et autres extrapolations fantaisistes, ayant pour effet d'entretenir la peur, de semer la confusion et d'aggraver l'isolement des pays victimes. Ce qui, soit dit en passant, n'aura guère surpris les observateurs attentifs ayant suivi antérieurement les prévisions apocalyptiques de « dépeuplement de l'Afrique », complaisamment colportées par la presse spécialisée et les mass media, au plus fort de la pandémie du VIH-SIDA, à la fin du XXe siècle...

Nous voici donc en présence d'un virus très fragile dans le milieu extérieur, mais d'une extrême contagiosité interhumaine directe,

par le biais des liquides corporels (sang, selles, urine, salive, sperme, larmes, etc.) et surtout doté d'un fort potentiel épidémique lié au fait qu'un unique cas non détecté ou un seul contact non identifié peut suffire à initier une nouvelle chaîne de transmission, d'évolution imprévisible. Par la suite, les études ont montré que l'isolat viral responsable de cette épidémie ouest-africaine d'une ampleur inégalée était identique, à quelques variations près, à la souche mère initiale (Zaïre). Même si sa virulence semble moindre en termes de taux de mortalité, il est permis de s'interroger sur la période et les itinéraires de sa migration hors d'Afrique centrale et de sa pénétration en Afrique occidentale ; une question à laquelle l'épidémiologie moléculaire n'a pas encore clairement répondu. D'autant qu'il est à présent établi que le virus peut persister dans le sperme et les sécrétions génitales des sujets infectés plusieurs mois après leur guérison clinique apparente ! Par ailleurs, plusieurs faits passés sous silence laissent perplexe : l'on sait par exemple que la toute première épidémie humaine à virus Ebola s'est déclarée à Yambuku (RDC) après l'ouverture et la mise en exploitation d'une nouvelle mine d'or dans cette zone de forêt équatoriale. De même, la région transfrontalière du Mont Nimba que partagent les trois États membres de l'Union du fleuve Mano principalement atteints est réputée pour ses énormes richesses minières, non seulement diamantifères et aurifères, mais aussi en métaux ferreux et non ferreux, en voie de « mise en valeur ». Quand on apprend, de surcroît, l'existence secrète dans ces mêmes pays de plusieurs laboratoires de recherche engagés dans le « programme de défense biologique » du gouvernement US,

basé à Fort Detrick (Maryland), initié par le Pentagone avant même la fin de la Guerre froide dans le cadre de la Loi antiterroriste contre les armes biologiques (1989), financé par l'USAID sous le couvert du CDC ou du National Institutes of Health (NIH) de Bethesda (USA), le doute fait place à la perplexité. Même si certaines de ces unités de guerre microbiologique bénéficient d'une coopération civile officielle avec l'Université Columbia à New York, l'Université du Wisconsin-Madison, ou encore l'Université de Winnipeg au Canada. Et ceci, en totale violation de la Convention internationale sur les armes biologiques de 1988. De plus, après l'éclatement de l'épidémie en Sierra Leone, la décision de fermer (définitivement ?) le laboratoire de Kenema (biosécurité de niveau 4, lié à l'Université Tulane de New Orleans, en Louisiane) est annoncée par le ministère de la Santé, tandis que, peu après, le président Obama en personne va déclarer publiquement : « notre politique officielle est d'arrêter désormais ce type de recherche » ! Signalons au passage que le Centre international de recherche médicale de Franceville (CIRMF) au Gabon dispose également d'un laboratoire de biosécurité de niveau 4, où des spécialistes français poursuivent depuis des années des travaux sur les chauves-souris réservoirs du virus Ebola<sup>3</sup>.

Le trouble devient franche inquiétude lorsque c'est dans les colonnes du Washington Post qu'un professeur de microbiologie évoque tranquillement l'hypothèse d'une mutation spontanée du virus Ebola susceptible de le rendre transmissible par voie aérienne, amplifiant ainsi son pouvoir de contamination sur le modèle de la souche Reston de l'Institut de recherche médicale de l'armée

US pour les maladies infectieuses (USAMRIID). S'agit-il de pure spéculation théorique ou plutôt d'un conditionnement psychologique de l'opinion en vue du résultat attendu d'un programme de manipulation génétique virale en cours ? Les faits ne devraient pas tarder à élucider cette funeste énigme. Quoi qu'il en soit, ce n'est que le 29 décembre 2015 que l'OMS, considérant que dorénavant la maladie à virus Ebola ne représentait plus une « urgence de santé publique de portée internationale », va lever ses recommandations temporaires pour l'épidémie d'Ebola, fondées sur les « règlements sanitaires internationaux » (2005), mais au terme d'une hécatombe uest-africaine qui aura duré plus de deux ans et provoqué au moins 11 300 décès pour environ 28 000 cas.

En tout état de cause, interrogée sur les raisons de l'exceptionnelle gravité de l'épidémie uest-africaine de ce virus précédemment contenu par des mesures classiques de quarantaine et les règles d'hygiène universelle, malgré l'absence de médicament et de vaccin, la directrice générale de l'OMS, Mme Margaret Chan, a invoqué une cause majeure, « la pauvreté » ! Un doux euphémisme pour désigner la misère qui sévit dans cette région carrefour du golfe de Guinée. À la faiblesse, voire l'absence totale de structures sanitaires dans ces zones reculées, viennent s'ajouter non seulement les séquelles de deux terribles guerres civiles (Libéria et Sierra Leone) et d'une non moins terrible dictature militaire (Guinée), avec la corruption structurelle qu'elles entretiennent, mais aussi la perte d'une fraction significative des personnels de santé, eux-mêmes victimes au premier chef de l'épidémie. Et c'est sur ce terrain meurtri que vont venir se greffer les « interventions

militaro-humanitaires » des ex-puissances coloniales, chacune dans son ancienne possession, selon des voies et moyens qui vont entraîner leur rejet violent par les populations censées être les bénéficiaires de telles opérations. De fait, les méthodes policières de recherche des sujets-contact et les procédures quasi carcérales de mise en quarantaine dans les « centres de traitement Ebola », surajoutées aux interférences autoritaires dans les traditions culturelles et cultuelles locales (interdiction des aliments à base de gibier – stigmatisés comme « viande de brousse » – ou des rites funéraires avec contact du corps du défunt, etc.) ont pu parfois provoquer des destructions de structures sanitaires, allant jusqu'à des agressions mortelles contre des agents de la santé ou de la presse, dans les trois pays visés. D'ailleurs, dans son enquête de terrain, le socio-anthropologue Cheikh Ibrahima Niang n'a pas manqué de souligner à quel point ces actes de défiance psychologique et de résistance culturelle ont favorisé l'extension de l'épidémie et retardé le contrôle et l'élimination de la maladie. À la misère et à l'inefficacité du système de santé publique, il faut associer un troisième facteur explicatif de l'ampleur de la dernière épidémie : il s'agit de la peur entretenue et aggravée par l'ignorance. En effet, seule la panique permet de comprendre certaines propositions insensées formulées au plus fort de la crise sanitaire, telles que la mise en quarantaine de quartiers, et même de villes entières...

Il en va de même des mesures de fermeture intempestive des voies de communication physique, brutalement imposées par des pays du Nord, et surtout par certains États africains, tel le Maroc ! À ce propos, il faut saluer la conduite à la fois fraternelle et responsable de

deux pays voisins, secondairement touchés par l'épidémie. À l'inverse des pays situés à l'épicentre du fléau où la faillite des systèmes de santé a favorisé l'expansion de l'épidémie, les résultats spectaculaires de contrôle et d'éradication de la maladie au Nigeria et au Mali méritent d'être soulignés. Autant pour la rapidité et l'efficacité de la prise en charge de l'épidémie, dès la détection des premiers cas importés, que pour la rigueur, la vigueur et la justesse des mesures prises pour contenir, puis éteindre la menace, sans enfreindre les valeurs traditionnelles de solidarité, ni contrevénir aux recommandations pertinentes de la Commission de l'Union africaine (UA), demandant à tous les États membres de s'abstenir de fermer leurs frontières avec les pays frères atteints et insistant sur la nécessité de lutter tous ensemble contre l'extension de l'épidémie virale. Un conseil pourtant allègrement ignoré tant par la Côte d'Ivoire que par le Sénégal, qui vont successivement fermer leurs frontières terrestres, aériennes et maritimes avec la Guinée, malgré l'inexistence du moindre cas confirmé d'Ebola endogène dans leurs pays respectifs. Ces deux contre-exemples attestent de l'influence nocive et déstabilisatrice de facteurs d'ordre politico-économique et diplomatique, qui ont pour conséquence d'accroître l'isolement, l'anxiété et la détresse de populations déjà accablées.

Un ultime rappel pour illustrer l'extrême imbrication des données biomédicales, des facteurs politico-économiques et des aspects socioculturels : en pleine poussée de l'épidémie ouest-africaine, à l'occasion d'un débat radiophonique sur la *Deutsch Welle* (La Voix de l'Allemagne), au cours de l'émission « L'arbre à palabre », le Dr Félix Kabange Numbi, ministre de la

Santé de la RDC, alors en partance pour la province de l'Équateur, où la septième flambée du virus Ebola venait d'être déclarée fin août 2014, nous a révélé que lors des toutes premières épidémies de la fin des années 1970, le Pr Jean-Jacques Muyembe, le médecin-virologue congolais, aujourd'hui directeur de l'Institut national de recherche biomédicale (INRB) de Kinshasha, avait suggéré à ses collègues nord-américains du CDC de recourir au sérum des rares convalescents ayant survécu à l'infection pour tenter une sérothérapie de sauvetage sur les malades menacés de mort. Sa proposition s'était alors heurtée à un veto catégorique et indigné des experts étrangers venus d'Atlanta. Cependant, quelques décennies plus tard, le confrère américain contaminé au Libéria et rapatrié aux USA n'a eu la vie sauve que grâce au Z Mapp fourni par le CDC, et qui n'est rien d'autre qu'une préparation d'anticorps monoclonaux anti-Ebolavirus, fabriquée à partir du sérum polyclonal de patients guéris de l'infection ; ce produit dérivé recombinant étant bien évidemment enregistré à l'Office US des Brevets ! Cette anecdote, d'apparence banale, est cependant riche d'enseignements quand on sait que le même Pr Muyembe, par ailleurs découvreur du virus Ebola (même s'il lui a fallu se rendre à l'Institut de médecine tropicale d'Anvers pour pouvoir isoler et identifier ce nouvel agent pathogène) a souligné, au cours d'une visite en 2015 dans les pays frères ouest-africains frappés par le fléau, que l'objectif principal de toute campagne contre Ebola devrait être d'empêcher que l'infection devienne endémique dans notre sous-région. Et joignant l'acte à la parole, la RDC a mis près de deux cents techniciens médicaux et paramédicaux spécialisés dans la lutte anti-Ebola à la disposition des États ouest-africains concernés.

Avec plus d'un an et demi de recul et surtout la survenue de nouveaux cas confirmés dès le lendemain de la proclamation officielle de la « fin de l'épidémie » par l'OMS, tant en Guinée qu'au Libéria et en Sierra Leone, l'on mesure mieux l'importance et la valeur des recommandations tirées de l'expérience vécue par l'expertise africaine. A fortiori si l'on tient compte du nouveau fait clinique mis au jour par l'épidémie ouest-africaine, selon lequel les formes hémorragiques typiques de la maladie se font de plus en plus rares...

## Conclusion

Comme toute crise majeure, l'épidémie à virus Ebola aura été le révélateur, grossissant, mais non déformant, qui a permis de mettre à nu les multiples contradictions caractérisant les sociétés et États du monde contemporain : domination et dépendance politiques, insécurité générale, physique et économique, inégalités sociales criantes, ignorance massive et mépris culturel sinon ethno-racial, spoliation du droit de propriété intellectuelle, fracture entre gouvernants et gouvernés, rupture entre pays légal et pays réel ou encore entre minorité lettrée et majorité analphabète, opposition ville-campagne, etc.

En Afrique, de l'interaction de ces divers facteurs résultent la faiblesse structurelle des États et l'extrême vulnérabilité des populations devant toute menace, quelles qu'en soient la nature et l'origine. Pour s'en tenir au seul secteur de la santé publique, domaine capital s'il en est, il n'y a donc pas lieu de s'étonner de l'ancienneté, de l'ampleur et de la sévérité de la maladie à virus Ebola sur notre continent. L'ensemble des faits recensés ci-dessus démontre

à suffisance que l'émergence d'un tel virus tueur dans un contexte d'extrême pauvreté, doublée d'une faillite provoquée des systèmes de santé publique, ne pouvait qu'engendrer des conséquences catastrophiques pour les populations touchées. Les taux élevés de morbidité et de mortalité rapportés à de banales maladies infectieuses, curables et/ou évitables (gastro-entérites et broncho-pneumopathies, méningites, paludisme ou tuberculose, par exemple) se passent de commentaires. Des indicateurs médico-sanitaires certes accablants, mais au demeurant partagés avec les diasporas africaines des Amériques et de la Caraïbe ! Comment s'étonner, dès lors, des ravages provoqués, ici comme là-bas, par des virus émergents ou ré-emergents, de traitement bien plus délicat et coûteux, tels que le VIH naguère, Ebola aujourd'hui et, qui sait, le Zika ou les prions demain ou après-demain ?

Toutefois, l'expérience accumulée par nos compatriotes d'Afrique centrale et orientale, confortée par les exemples positifs et probants du Nigeria et du Mali, pourtant confrontés à des guerres civiles et étrangères, d'une part, et surtout la tardiveté et la timidité de la « communauté internationale», tant qu'elle ne s'est pas sentie directement menacée par l'épidémie, d'autre part, devraient constituer une source abondante de réflexion

et d'enseignements pour le présent et l'avenir des peuples africains du continent comme de la diaspora.

Cependant, d'ores et déjà, une leçon majeure saute aux yeux : le droit à la santé étant synonyme de droit à la vie, en tant que tel, il est à la fois le préalable et la condition *sine qua non* de l'exercice effectif de tout autre droit humain ; aussi la garantie de ce bien public commun relève-t-elle de la responsabilité principale sinon exclusive de l'État souverain, qui ne saurait ni la récuser, ni l'esquerir, ni la déléguer à une quelconque autre autorité publique ou privée, nationale ou étrangère. Comment, en effet, nier l'évidence que la clef du succès futur dans la lutte contre l'épidémie à virus Ebola, au même titre que toute autre menace sanitaire, alimentaire, sécuritaire, monétaire ou environnementale, réside d'abord dans la volonté politique ferme et résolue de faire face au péril soi-même et en comptant d'abord sur ses propres forces ; et ensuite, dans l'efficacité organisationnelle des décisions et mesures pratiques prises ? Et accessoirement seulement, sur l'aide et le soutien extérieurs, c'est-à-dire extra-africains. Autrement dit, la détermination des décideurs l'emporte sur les choix techniques des experts, l'appui étranger ne venant qu'en appoint.

Il convient, pour finir, de citer l'article premier du Serment des

Chasseurs (1212) qui n'en compte que sept et deviendra la Charte du Manden en 1222 :

Toute vie (humaine) est une vie.  
Il est vrai qu'une vie apparaît à l'existence avant une autre vie.  
Mais une vie n'est pas plus « ancienne », plus respectable qu'une autre vie.  
De même qu'une vie n'est pas supérieure à une autre vie.

Une banalité de base africaine aussi ancienne que futuriste, qu'il s'agit de réactualiser en principe sociétal fondateur pour toute l'humanité !

C'est dire que seule une refondation unitaire et souveraine de nos États, s'accompagnant d'une restructuration égalitaire et solidaire des sociétés africaines, serait susceptible de créer les conditions requises, matérielles et culturelles permettant aux peuples du continent d'affronter efficacement et victorieusement les dangers de toutes sortes qui hypothèquent présentement leur avenir tant collectif qu'individuel, en ce début de troisième millénaire menaçant et inquiétant.

## Notes

1. « Ebola epidemic exposes the pathology of the global economic and political system », PHM Position Paper, (2015).
2. Cf. *New England Journal of Medicine* du 25 septembre 2014.
3. Francis Boyle, 2006, *Biowarfare and Terrorism*, Clarity Press.