

Le monde en alerte maximale face à la propagation rapide de la nouvelle souche de la fièvre Ebola

Entretien entre

Dr Christian POUT, Ministre Plénipotentiaire, HEC PARIS EM 22,
Président du Think Tank CEIDES,
Directeur du Séminaire de Géopolitique Africaine à l'Institut Catholique de Paris
&
Sainclair Mezing, Journaliste, Quotidien Cameroon Tribune

Publié dans le *Cameroon Tribune* du 05/06/2026, p. 31.

Juin 2026

1- Au regard de la propagation rapide de la nouvelle de la nouvelle souche de la fièvre Ebola, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) a déclenché son niveau d'alerte internationale le plus élevé. Concrètement, à quoi renvoie une telle décision ?

La décision rendue publique le 17 mai dernier par le Directeur général de l'OMS renvoie à une qualification juridique prévue par le *Règlement sanitaire international* (RSI) adopté en 2005 : celle d'*Urgence de santé publique de portée internationale*, USPPI. Il s'agit du niveau d'alerte le plus élevé, lequel n'a été déclenché à ce jour qu'à sept reprises depuis l'entrée en vigueur du Règlement (pour la grippe H1N1 en 2009, Ebola en Afrique de l'Ouest en 2014, le virus Zika en 2016, la Covid-19 en 2020 ou encore la variole simienne en 2022). Sa portée emporte plusieurs effets concrets : d'abord, elle habilite l'OMS à formuler des recommandations temporaires aux États en matière de surveillance, de contrôle aux points d'entrée, de partage d'informations et de coordination de la riposte ; ensuite, elle déclenche la mobilisation des fonds d'urgence et des partenaires opérationnels ; enfin, elle place les États membres sous une obligation renforcée de transparence et de notification.

Il convient de situer la portée de cette qualification, car elle peut prêter à confusion. Une USPPI n'équivaut pas à une déclaration de pandémie, et elle n'emporte aucun pouvoir contraignant ; les États conservent leurs prérogatives en matière de santé publique. Le comité d'urgence de l'OMS a d'ailleurs précisé, que les critères d'une urgence pandémique n'étaient pas réunis à ce stade. La décision du 17 mai traduit donc plus exactement, une appréciation de risque international élevé lié à la combinaison de plusieurs facteurs : la propagation transfrontalière déjà avérée du virus (de la province de l'Ituri vers le Nord-Kivu et le Sud-Kivu en RDC, puis vers Kampala en Ouganda), l'absence de vaccin et de traitement homologués contre la souche *Bundibugyo*, et la fragilité des systèmes de surveillance dans les zones affectées, dont une partie échappe au contrôle de l'État. Au 29 mai, le bilan cumulé recensait 110 cas confirmés et 17 décès confirmés, sur un total agrégé de plus de 1 077 cas suspects et 246 décès dans la sous-région. C'est cette dynamique, et non la seule gravité du virus, qui aurait motivé l'alerte maximale.

2- Pour faire face à la menace, on remarque des restrictions de voyages, un report de certains grands événements internationaux et l'isolement progressif de certains pays africains. N'est-ce pas une sorte de stigmatisation des Etats africains ? Quelles implications sur les relations internationales ?

Votre question pose en réalité, l'un des dilemmes du droit international de la santé : celui de la conciliation entre les exigences de protection sanitaire des populations et le principe de non-discrimination dans la circulation des personnes. Sur le plan factuel, disons-le, l'observation est avérée. Le Centre américain de contrôle et de prévention des maladies a notifié dès le 18 mai, une interdiction d'entrée sur le territoire américain visant les ressortissants non américains ayant séjourné en RDC, en Ouganda ou au Soudan du Sud au cours des 21 jours précédents, l'aéroport de *Washington-Dulles* étant désigné comme unique point d'entrée pour les citoyens et résidents permanents revenant de ces pays. Et le 20 mai, un vol *Air France Paris-Détroit* a été contraint de faire escale à Montréal pour débarquer un passager congolais (asymptomatique). Le 4^{ème} Forum Inde-Afrique, prévu du 28 au 31 mai à New Delhi, a été reporté d'accord parties au motif de « l'évolution de la situation sanitaire sur le continent africain ».

Bon, que ces mesures comportent une dimension de stigmatisation, le débat reste ouvert et il appartient aux autorités politiques d'en juger. Mais l'on notera que l'OMS a déconseillé la fermeture des frontières, au motif que de telles restrictions encourageraient les passages clandestins incontrôlés et compliqueraient la traçabilité des contacts, sans pour autant offrir de garantie épidémiologique substantielle.

Le contraste entre la doctrine multilatérale et les pratiques unilatérales nouvellement observées n'est pas neutre : il signale une recomposition de la gouvernance sanitaire mondiale, dans laquelle certaines puissances entendent désormais définir leurs propres seuils de risque, en marge des canaux multilatéraux. À cet égard, l'on peut observer une certaine asymétrie dans le traitement réservé aux foyers épidémiques selon leur localisation : lors des flambées de grippe *H1N1* en 2009, qui touchaient au premier chef l'Amérique du Nord, aucune restriction comparable n'avait été imposée à la circulation, alors même que l'USPPI avait été déclarée. Cette asymétrie nourrirait le sentiment que les standards appliqués à nos États demeurent, à risque équivalent, plus restrictifs.

Il faudrait également ajouter que votre interrogation gagnerait à être éclairée par l'acquis de la recherche africaine, qui a analysé la stigmatisation associée aux maladies infectieuses sur le continent. La littérature spécialisée distingue trois registres complémentaires : la stigmatisation attachée à la maladie elle-même, la stigmatisation internalisée (par laquelle le malade ou ses proches intériorisent le rejet) et la stigmatisation anticipée, c'est-à-dire la crainte du jugement social avant même toute exposition. Une étude de référence parue en

2023 dans les *Annals of Medicine and Surgery* a mesuré, chez les survivants d'Ebola et leurs communautés en RDC, en Guinée et au Libéria, une prévalence de la stigmatisation de l'ordre de 37 %. Or ce phénomène n'est pas qu'une question de dignité ; il emporte des conséquences épidémiologiques directes. L'expérience de l'épidémie ouest-africaine de 2014-2016, comme celle de la flambée de Soudan ebolavirus survenue en Ouganda en 2022, l'a amplement documenté. La stigmatisation y a nourri la dissimulation des malades, les enterrements clandestins non sécurisés, la résistance aux équipes de riposte et la sous-déclaration des cas, retardant d'autant la maîtrise de la transmission. Les travaux les plus récents soulignent du reste que la réduction de la stigmatisation passe moins par la coercition que par l'engagement des chefs communautaires de confiance, l'implication des survivants et le recours aux organisations locales dotées d'une légitimité de proximité. C'est dire que les mesures unilatérales de mise à l'écart, lorsqu'elles stigmatisent un continent entier, ne sont pas seulement contestables sur le plan de l'équité ; elles sont contre-productives au plan sanitaire, en ce qu'elles découragent la transparence et la coopération sur lesquelles repose toute riposte efficace.

C'est pour ainsi dire, qu'au-delà de cette dimension épidémiologique, la véritable implication au plan des relations internationales, tient moins à la dimension symbolique qu'à un effet structurel : la dégradation de l'image de notre continent, le ralentissement de flux d'investissement, le report d'agendas diplomatiques majeurs et, plus profondément, la transformation de la santé en variable de compétitivité géopolitique. Ce qui hier, relevait de la coopération humanitaire dépolitisée tend à s'intégrer à certains calculs stratégiques. L'histoire récente enseigne d'ailleurs que les épidémies mal gérées laissent des traces politiques durables : en Afrique de l'Ouest, la gestion contestée de la crise Ebola avait alimenté la défiance des populations envers leurs gouvernants et pesé sur les échéances électorales subséquentes. Pour l'Afrique, et singulièrement pour les pays d'Afrique centrale, cette mutation appelle une diplomatie sanitaire active, soucieuse de réciprocité et arrimée aux mécanismes continentaux que sont l'*Africa CDC*, l'*Agenda de Lusaka* et l'*Agence africaine du médicament*.

3- On se souvient qu'avec le Covid-19, un vaccin a été mis sur pied en urgence pour remédier à la situation. Comment obtenir la même mobilisation planétaire ?

C'est vrai, le précédent Covid-19 constitue à bien des égards, un point de comparaison, mais il faudrait en restituer les conditions. La mise au point des premiers vaccins, en environ 10

mois (au lieu des dix années habituellement nécessaires), n'a pas relevé d'un miracle scientifique. Elle a procédé de la conjonction de plusieurs éléments. D'abord, une plateforme technologique préexistante, celle de l'ARN messenger, dont les travaux fondamentaux avaient été menés depuis plus d'une décennie. Ensuite, un financement public massif: l'Operation américaine *Warp Speed*, lancée le 15 mai 2020, a mobilisé une enveloppe de l'ordre de 18 milliards USD, l'UE ayant pour sa part dégagé près de 2,15 milliards € pour la précommande de doses auprès de six laboratoires. Enfin, une adaptation accélérée du cadre réglementaire, les autorités sanitaires ayant accepté d'examiner les dossiers en continu plutôt qu'à l'issue séquentielle des phases cliniques. À ces conditions s'est ajoutée l'Initiative *ACT-A*, mise en place fin avril 2020 par le G20, l'OMS et la Fondation *Bill-et-Melinda-Gates*, destinée à coordonner l'effort à l'échelle mondiale.

Reproduire cette mobilisation pour la souche *Bundibugyo* se heurterait à plusieurs réalités qu'il conviendrait d'énoncer avec franchise. La première est d'ordre économique : la rentabilité commerciale d'un vaccin *Bundibugyo* est sans commune mesure avec celle d'un vaccin Covid-19, dont le marché potentiel couvrait l'humanité entière. La deuxième est d'ordre politique : le retrait des États-Unis de l'OMS en janvier 2025, le démantèlement de l'USAID et la réorientation de l'aide sanitaire américaine vers une logique d'accords bilatéraux conditionnels ont fragilisé l'architecture multilatérale qui avait précisément permis le succès de l'effort Covid. La troisième est d'ordre scientifique : la souche *Bundibugyo*, plus rare et moins documentée que la souche *Zaire*, ne dispose pas en l'état, d'une plateforme vaccinale équivalente à celle de l'ARN messenger au moment du déclenchement de la Covid.

Pour autant, plusieurs leviers existent, et un signal important est récemment venu de notre continent : à l'occasion de sa conférence de presse du 28 mai, le président de l'Africa CDC a publiquement engagé son agence à assurer la mise à disposition d'un vaccin et d'un mécanisme thérapeutique d'ici la fin de l'année. Cette annonce, à confirmer dans ses modalités scientifiques et logistiques, traduit la conviction que la réponse au défi *Bundibugyo* se construira d'abord à partir de nos capacités. Plusieurs conditions de réussite peuvent être identifiées: l'accélération de la mise en service de l'*Agence africaine du médicament*, qui doit fournir le cadre réglementaire d'homologation rapide ; la consolidation de nos capacités de production pharmaceutique (*Institut Pasteur de Dakar, Centre Pasteur de Yaoundé, Afrigen* en Afrique du Sud, plates-formes nigériane et marocaine, etc) ; enfin, la mobilisation de mécanismes financiers innovants tels que le *Pandemic Fund* de la Banque mondiale, les taxes

africaines de solidarité sanitaire et les partenariats avec la BAD, qui permettent de réduire la dépendance à l'égard des bailleurs traditionnels. Le *Centre Pasteur de Yaoundé*, qui dispose d'une capacité virologique de premier ordre et qui a déjà été déclaré éligible à un financement de 23,5 millions USD au titre du *Pandemic Fund*, pourrait apporter une contribution à cet effort collectif.

C'est, en définitive, à cette aune que se mesurera la maturité de notre souveraineté sanitaire : non dans la reproduction mimétique, mais dans notre capacité à transformer une menace en levier d'autonomie./-

Le Centre africain d'Etudes Internationales, Diplomatiques, Économiques et Stratégiques (CEIDES) est un laboratoire d'idées qui cumule plus d'une dizaine d'années d'expérience dont six d'existence officielle sous la forme d'une association indépendante, à caractère scientifique et à but non lucratif.

Le CEIDES a vocation à contribuer à la paix et à la prospérité du continent. Il s'engage ainsi à travers la stratégie, la recherche, le conseil, l'influence et la formation dans le cadre du continuum des 3D Développement/Diplomatie/Défense.

Il compte 4 Clubs actifs qui rassemblent des décideurs, chercheurs et partenaires à différentes échelles.

L'intelligence des situations et des contextes, sans enfermement systémique, par recours à la rigueur méthodologique des sciences sociales, la capacité à mettre en place des espaces ouverts, transdisciplinaires et multiacteurs de dialogue structuré et en partager le fruit par des mécanismes de lobbying et plaidoyer sont notre cœur de métier.



ceides
Centre africain d'Etudes Internationales
Diplomatiques Economiques et Stratégiques

B.P. 35147 Bastos-Yaoundé/Cameroun

Tél : (+237) 243 105 872

www.ceides.org Email : infos@ceides.org



Think tank Ceides