

L'AFRIQUE SERAIT-ELLE NATURELLEMENT MIEUX ARMÉE FACE AU COVID-19? L'ECLAIRAGE D'UN VIROLOGUE BELGE INSTALLE AU BURKINA FASO

Interview d'Hubert Leclercq avec le Dr Oliver Manigart, chef d'équipe de GFA pour [La Libre Belgique](#)

27. Mai 2020



Le docteur Olivier Manigart, virologue et épidémiologiste belge installé au Burkina Faso, vient d'être nommé représentant de l'Organisation ouest-africaine de la santé (OOAS) pour communiquer avec le ministère de la Santé burkinabé. Un poste qui lui permet d'être au centre de tous les rouages de la lutte contre la pandémie dans ce pays mais aussi dans les 15 autres États d'Afrique de l'Ouest qui forment la Cedeao.

Vous êtes virologue et épidémiologiste, vous avez été nommé représentant de l'Organisation Ouest-Africaine de la Santé (OOAS) pour communiquer avec le Ministère de la Santé burkinabè, où en est l'évolution de la COVID-19 au Burkina Faso ?

Bien qu'il soit vraisemblable que de nombreux cas n'aient pas été identifiés au sein des communautés au Burkina Faso, à cause du manque de disponibilité des tests de dépistage et de par la stratégie choisie par l'équipe du CORUS (Centre Opérationnel de Réponse aux Urgences Sanitaires), le pays, comme tous les pays de la sous-région, ne semble pas subir la vague épidémique qui avait été annoncée. Pour vérifier la faible progression observée en testant les cas suspects et les contacts des cas identifiés, les autorités ont décidé d'augmenter à 500 le nombre de tests réalisés par jour et d'étendre ces tests à des communautés « à risque » d'infection telles que les patients des services de pneumologies et les agents de la santé. Les équipes du CORUS font un travail exceptionnel depuis le début de l'épidémie pour "tester, tracer et traiter" les patients infectés.

Il semble que la propagation du virus se fasse à un tout autre rythme qu'en Europe ou aux Etats-Unis ? Est-ce exact ?

En effet, il semble que le nombre d'infection en Afrique de l'Ouest ne progresse pas de façon aussi rapide que dans les autres régions du monde, mais, je pense aussi que s'il y a bien une chose que cette pandémie doit nous apprendre, c'est le doute et l'humilité. On a tout lu et entendu durant ces derniers mois, autant de la part des pouvoirs politiques que de la part de certains scientifiques. Heureusement, la plupart du temps, les autorités de santé ont pu raison garder, même si elles n'ont parfois pas été écoutées. Pour ce qui concerne l'Afrique de l'Ouest, avant même le début de l'épidémie, les ministères de la santé des 15 pays de la CEDEAO se sont réunis, sous l'égide du Directeur Général de l'OOAS, pour

programmer la surveillance et la riposte dans la sous-région. L'OOAS est une institution qui a été créée en 1987 et qui est basée à Bobo-Dioulasso, au Burkina Faso. Cette institution a été récemment renforcée après l'épidémie de maladies à virus Ebola en Afrique de l'Ouest, et appuie les 15 pays de la CEDEAO dans leur préparation à ce type d'épidémie. C'est dans ce contexte que l'OOAS centralise aujourd'hui les données de la COVID-19 qui concerne la sous-région, en collaboration avec d'autres institutions internationales telles que l'OMS, l'OMS-Afro, l'African Centre for Diseases Control, le réseau des Instituts Pasteur...etc.



Photo de famille au CHU de Tengodogo à Ouagadougou. © D.R. De gauche à droite : Dr Karim Kombassere (WHO); Dr Alexandre Sanfo (DG of Tengandogo University Hospital); Dr Olivier Manigart; Dr Noélie Yameogo/Zoungrana (Epidémiologiste)

Comment expliquez-vous le relativement faible taux de contamination ?

Même si les pays ont adopté des stratégies différentes face au SARS-CoV-2, ils se sont tous préparés avant même l'entrée des premiers cas. Par exemple, notre groupe PROALAB a organisé une formation au diagnostic du virus le 24 février pour 18 pays, en partenariat avec l'Institut Pasteur de Dakar, alors que le premier cas en Afrique de l'Ouest a été détecté à Lagos le 27 février. Ensuite, nous avons fourni des équipements de protection individuelle et des kits de détection très rapidement à tous les pays. Par ailleurs, la majorité des pays a fermé ses frontières très rapidement ce qui fait que le nombre de cas importés a été réduits à zéro. Les seuls cas importés qui parviennent au Burkina Faso à l'heure actuelle concerne des populations burkinabè rapatriées des pays voisins, comme par exemple, des étudiants.

Par ailleurs, plusieurs autres facteurs pourraient expliquer la faible propagation du virus en comparaison avec les autres régions du monde : pour ma part, il me semble de plus en plus clair que les individus qui luttent le mieux contre le virus le font grâce à ce qu'on appelle « l'immunité non spécifique ». Elle comprend l'immunité innée et l'immunité intrinsèque, au contraire de l'immunité adaptative qui est celle qui génère, notamment, les anticorps spécifiques contre les pathogènes. Je pense qu'il existe un certain nombre d'individus qui réagisse bien mieux contre ce virus grâce à leur immunité non spécifique et il est même vraisemblable que certains ne développent pas, ou très peu, d'anticorps. D'où

les faibles prévalences en anticorps que l'on observe après les pics dans les pays où l'on commence à faire ces études dites sérologiques.

En Afrique, les populations ont une immunité non-spécifique hyper-stimulée par les infections parasitaires, les traitements traditionnels par les plantes (comme par exemple *Artemisia annua* et *afra*, *Acacia nilotica* et autres *moringa*, ...etc.) et par les vaccinations avec des vaccins vivants, ce qu'on ne pratique presque plus dans les autres régions du monde. Il est possible aussi que nos populations aient été infectées par des souches de Coronavirus apparentées au SARS-CoV-2 ce qui nous donnerait dans ce cas, une protection spécifique. Chaque année, il y a des épidémies qui provoquent des syndromes pseudo-grippaux qu'on apparente souvent à des crises de malaria et qu'il conviendrait d'étudier plus précisément.

Tous ces facteurs pourraient expliquer pourquoi l'épidémie semble progresser moins rapidement ici. Ils devront être investigués et ceci représente une chance pour la pharmacopée traditionnelle et les recherches en Afrique.

Vous voulez dire que la population de votre sous-région serait « naturellement » mieux armée pour lutter contre ce virus grâce ou à cause des infections parasitaires, de la vaccination avec des vaccins vivants ou aux traitements traditionnels par les plantes ? C'est le cocktail de tous ces éléments qui pourraient justifier une meilleure résistance au virus. Un traitement à base d'artémisia, seul, ne peut être suffisant ?

J'émetts juste des hypothèses, mais, il serait intéressant d'investiguer chacun de ces facteurs séparément et d'évaluer dans quelle mesure ils peuvent lutter respectivement contre le virus. Après tout, un des premiers traitements à avoir été évalué contre le SARS-CoV-2 est l'interféron alpha qui est une des molécules de l'immunité non spécifique et un agent anti-pathogénique connu.

Tout cela devrait être vérifié scientifiquement, et c'est probablement valable pour de nombreux pays africains qui se trouvent dans les mêmes conditions. L'Artémisia, comme beaucoup de plantes de la pharmacopée traditionnelle a de nombreuses vertus qui permettent de booster le système immunitaire, mais, je doute fort que seule, elle permette de guérir de la maladie. Mais, tout agent qui pourrait améliorer la réponse immunitaire serait le bienvenu.

Le patron de l'OMS a dit que l'Afrique devait se préparer au pire face à ce COVID- 19, a-t-il été trop catastrophiste ?

Comme je l'ai dit, on apprend tous les jours avec cette pandémie. J'ai moi-même pensé que nous allions subir une véritable catastrophe qui ne semble pas arriver. De toute façon, il est préférable à mon sens d'être pessimiste par rapport à ce type d'événements, puisque c'est ce qui nous a permis en Afrique, d'être mieux préparés que les autres continents. Et tout ce que nous mettons en place à l'heure actuelle nous permettra d'être mieux préparés à d'autres épidémies qui malheureusement restent légions dans la sous-région (rougeole, fièvre de Lassa, de Crimée-Congo, dengue, etc...).

On a le sentiment chez nous qu'on a dépassé le pic de l'épidémie, où en êtes-vous ?

Nos modèles, qui se basent sur les données observées, nous laisse croire que nous sommes proches du pic pour la sous-région, voire que nous l'avons passé pour certains pays comme le Burkina Faso. Cependant, il faut toujours rester prudent car il est possible que certaines données nous échappent. De plus, une seconde vague est toujours possible. De nombreux épidémiologistes occidentaux redoutent un rebond après la saison estivale, cependant, au contraire des virus saisonniers tels que la grippe, le SARS-CoV-2 ne semble pas avoir besoin d'hôtes intermédiaires animaux pour se « réorganiser » génétiquement et se propager. Mais, nous ne sommes pas au bout de nos surprises avec ce virus.

Certains évoquent le fait que les décès en Occident frappent très majoritairement une population âgée qui serait moins importante en Afrique, est-ce une piste crédible pour expliquer le taux de mortalité relativement faible ?

S'il est vrai que les personnes symptomatiques sont pour la plupart plus âgées, cela n'empêche pas le fait que les plus jeunes contractent le virus. Et même s'il est probable que ceux-ci portent le virus moins longtemps, avec des charges virales moins importantes (et donc, le transmettent moins), cela ne signifie pas qu'ils ne peuvent pas le transmettre aux plus faibles dans leur communauté, qui alors tomberaient malades. Malheureusement, nous avons beaucoup de personnes « faibles » face au coronavirus dans la sous-région, telles que les diabétiques, les hypertendus, ou encore les drépanocytaires. Mais, on n'observe pas énormément de décès dans ces populations ce qui fait penser que la transmission communautaire reste faible. Au Ghana où tous les groupes d'âges ont été testés grâce à une stratégie de testage massif, on trouve autant de cas confirmés chez les jeunes que chez les plus âgés. Donc, ce facteur ne suffit pas à expliquer la faible transmission.

On sait que le confinement est pratiquement ingérable sur le continent africain, cela signifie-t-il qu'un rebond majeur est envisageable ?

Les pays de la CEDEAO ont choisi de limiter le confinement, mais, pas de le rendre obligatoire. Nombreux sont ceux qui, comme le Burkina Faso ou le Sénégal, ont affirmé qu'on ne pourrait pas tenir économiquement si les populations ne peuvent pas travailler. C'est pourquoi, l'on a opté plutôt pour d'autres mesures telles que des couvre-feux, et le renforcement des messages pour encourager la prévention. Lors de la prière de l'Aïd El-Fitr, qui célèbre la fin du mois Ramadan, les fidèles ont prié en gardant une distance de sécurité et en portant le masque dans les grandes mosquées du Burkina Faso et les imams ont transmis des messages de sensibilisation aux populations. Même si le confinement est impossible, si l'on continue à maintenir de telles mesures et à garder de bons comportements, il est à espérer qu'on n'observera aucun rebond.

La plupart des Belges - si pas tous les Belges - du Burkina ont quitté le pays, pourquoi pas vous ?

Le projet que je mène avec l'OOAS vise à renforcer la surveillance épidémiologique dans la région de la CEDEAO et, depuis deux ans, nous travaillons à améliorer les systèmes de surveillance essentiellement au-travers du renforcement des laboratoires et de la gestion des données, grâce à un financement de la KfW (la banque allemande de coopération) et via un groupe qui s'appelle GFA. Donc, le but du projet PROALAB est d'être prêt pour des épidémies telles que celle qui sévit dans le monde en ce moment. Il me semblerait tout à fait inapproprié de retourner en Europe dans de telles circonstances alors que notre rôle est de renforcer le système ici. Par ailleurs, comme j'ai la nationalité burkinabè, je suis très fier de pouvoir travailler avec les équipes nationales de la riposte contre COVID-19.



Le docteur Manigart en compagnie du Docteur Sow devant le siège de l'OOAS. © D.R.