



Journal des anthropologues

Association française des anthropologues

138-139 | 2014

Santé globale - pratiques locales

Les fièvres hémorragiques à virus Ebola et Marburg : les multiples enjeux d'une approche globale de la santé

Hemorrhagic Viral Fevers of Ebola and Marburg: Many Issues of a Global health Approach

Clélia Gasquet-Blanchard



Édition électronique

URL : <http://journals.openedition.org/jda/4403>

DOI : 10.4000/jda.4403

ISSN : 2114-2203

Éditeur

Association française des anthropologues

Édition imprimée

Date de publication : 15 octobre 2014

Pagination : 43-64

ISSN : 1156-0428

Référence électronique

Clélia Gasquet-Blanchard, « Les fièvres hémorragiques à virus Ebola et Marburg : les multiples enjeux d'une approche globale de la santé », *Journal des anthropologues* [En ligne], 138-139 | 2014, mis en ligne le 15 octobre 2016, consulté le 19 avril 2019. URL : <http://journals.openedition.org/jda/4403> ; DOI : 10.4000/jda.4403

LES FIÈVRES HÉMORRAGIQUES À VIRUS EBOLA ET MARBURG LES MULTIPLES ENJEUX D'UNE APPROCHE GLOBALE DE LA SANTÉ

Clélia GASQUET-BLANCHARD*

L'Afrique de l'Ouest est actuellement touchée par une épidémie de fièvre hémorragique à virus Ebola (FHVE) qui sévit depuis début 2014. On dénombre début juin 226 morts et 351 cas en Guinée, Sierra Leone et au Liberia (WHO, 2014). Mi-juin une recrudescence des cas montre que les phases de préparation et réponse aux épidémies doivent être améliorées. Elles sont marquées au niveau international, par une mobilisation parfois trop lente et un manque de coordination et au niveau national, par des conflits qui doivent être évités pour mieux endiguer l'épidémie.

Ebola et Marburg au regard de la santé globale ?

Le virus Ebola, se décline en différentes espèces¹ (Kuhn *et al.*, 2010), plus ou moins pathogènes pour l'homme. Dans son cycle

* Département SHSC, EHESP (École des hautes études en santé publique)
Avenue du Professeur Léon-Bernard – CS 74312 – 35043 Rennes cedex
Courriel : Clelia.Gasquet@ehesp.fr

¹ L'Ebola Zaïre (identifié en 1976) est la plus pathogène pour l'homme (taux de mortalité de 88%), l'Ebola Soudan (1976, taux de mortalité de 50 à 60%), l'Ebola Côte d'Ivoire (1994 à partir d'un seul cas humain), l'Ebola

selvatique, le virus Ebola se maintient au cœur de la forêt notamment en Afrique Centrale au sein de son réservoir (une chauve-souris frugivore) qui transmet l'infection en entrant en contact direct (morsure) ou indirect² avec les espèces sensibles³. Concernant la contamination de l'homme, cette zoonose se transmet par contact direct avec un animal contaminé, une carcasse infectée ou le réservoir du virus (Leroy *et al.*, 2009). Elle infecte particulièrement les chasseurs-cueilleurs vivant dans les forêts primaires et secondaires. Les fièvres hémorragiques à virus Marburg (FHVM) et Ebola sont graves, en raison de leur taux de mortalité (jusqu'à 90%) et de leur contagiosité élevés. Ces virus sont parmi les plus virulents. La période d'incubation est comprise entre 5 et 20 jours puis se déclare une fièvre aigue accompagnée d'une faiblesse intense, de myalgies, céphalées, vomissements, diarrhées, éruptions cutanées, maux de gorges et souvent d'hémorragies fatales. Au sein d'une population humaine, les virus Ebola et Marburg se transmettent par contact direct avec le sang, les sécrétions, les organes ou des liquides biologiques des sujets infectés. L'apparition de cas secondaires se développe dans le milieu familial lors des soins prodigués au malade, des cérémonies funéraires ou en milieu sanitaire (centre de santé, hôpital, médecine traditionnelle ou auprès d'un pasteur-soignant⁴ de certaines confessions religieuses).

Comment évoquer Ebola et Marburg dans une réflexion sur la santé globale ? Depuis quelques années, la santé globale est souvent citée mais reste rarement définie dans la littérature scientifique francophone, et encore moins en géographie de la santé. Un seul article positionne la géographie de la santé par rapport à la santé globale sur le versant des questions d'équité et d'inégalités de santé (Brown

Bundibugyo (2007 – Ouganda, 25% de mortalité) et l'Ebola Reston (aucun cas clinique reporté, seule espèce asiatique connue, 1989 USA).

² À proximité des arbres fruitiers, lieu de rencontre des espèces.

³ Notamment les grands singes (gorilles, chimpanzés) chez qui on détecte des épizooties.

⁴ Certains pasteurs disposent au sein de leur église de « cliniques », participant également à faire de ces lieux de cultes des lieux de soins.

& Moon, 2012) occultant les questions de globalisation « médicales » relatives à la circulation transfrontalière des pathogènes. En épidémiologie, la définition du *Consortium of Universities for Global Health Executive Board*, fait référence en la matière et considère la santé globale autant comme : « Une notion (situation actuelle de la santé globale), un objectif (un monde de personnes en santé est condition de la santé globale) et un mélange de connaissances, recherches et pratiques (avec de nombreuses questions, problèmes, connaissances et compétences)⁵ » (Koplan *et al.*, 2009).

Cette définition rejoint l'idée que la santé globale repose sur un projet intellectuel et d'action ancien trouvant son socle au sein de la santé internationale et de la santé publique (Macfarlane *et al.*, 2008), filles des courants hygiénistes et de médecine tropicale (Koplan *et al.*, *op. cit.*). Ce contexte affirme le rôle spécifique des recherches et actions menées, en Afrique Centrale, berceau du virus Ebola. Parmi les fondements du concept de santé globale, dans le versant de la médecine tropicale, on trouve l'idée récurrente de se protéger, d'empêcher la diffusion des maladies émergentes à risque pandémique (Kerouédan, 2013) défi majeur que doit affronter la santé globale (Gurwitz *et al.*, 2014). Concernant Ebola et Marburg, les mesures sanitaires occidentales d'endiguement des épidémies des FHV africaines promulguées par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) (Lloyd & Perry, 1998a, 1998b), découlent de représentations forgées à partir d'une histoire plus ou moins récente, portée par l'idéologie humanitaire et de l'urgence et participant à forger le concept de santé globale. À travers l'examen de la constitution des FHV Ebola et Marburg comme risque local, spécifique puis globalisé, on démontre l'avènement d'une question sanitaire devenue globale et paradoxale. Pour ce faire, on appréhende l'internationalisation de la santé comme passant par la gestion médicalisée en vue de l'amélioration de la santé de tout individu, la

⁵ « Global health can be thought of as a notion (the current state of global health), an objective (a world of healthy people, a condition of global health), or a mix of scholarship, research, and practice (with many questions, issues, skills, and competencies) ».

mutualisation des expériences et la nécessité de réponses collectives (Nichter, 2008).

Dans cette visée transnationale, internationale puis globale, la portée intégrée de la santé trouve ses fondements politiques dans le socle institutionnel de sortie de la Seconde Guerre mondiale avec la création de l’OMS (1948), puis la déclaration d’Alma-Ata (1978). Cette globalisation se justifie par la nécessité de répondre aux nouvelles menaces d’un monde global, « source de pathogénéicité » et inscrit le projet, plus que le concept, dans une visée sécuritaire qui participe aux politiques néolibérales de développement (Atlani-Duault & Vidal, 2013). Si depuis 15 ans, on connaît une augmentation de l’aide au développement en faveur de la santé, celle-ci, de plus en plus privatisée, oriente les décisions de santé (Buissonnière, 2012). Ces effets pervers impliquent que les bénéficiaires subissent souvent « le manque de coordination des donateurs et l’absence d’alignement des agendas » (Dômont, 2004). Aujourd’hui, les interventions restent majoritairement verticales et inscrites dans la temporalité de l’urgence, privilégiant rarement des actions visant à prévenir la transmission de la maladie ou à renforcer les systèmes locaux de santé (Kerouédan, 2010). On assiste seulement aux prémices de la prise en compte des pathologies non transmissibles comme problème de santé global, alors qu’il existe une nécessité réelle de prendre en compte ces questions (Peprah & Wonkam, 2013).

La notion d’urgence est essentielle concernant Ebola et Marburg. La décision de déclarer une crise sanitaire est politique et accorde de larges pouvoirs d’intervention aux officiers de santé (ou non) nationaux, partenaires locaux et/ou internationaux. L’urgence implique d’intervenir immédiatement concernant des situations « pour lesquelles l’action est condition de survie ». Une intervention globale devient également « prioritaire sur des situations collectives qui s’imposent par leur prégnance, quant à partir d’un certain seuil, « il devient urgent d’agir » (Séchet, 2006). Cependant le quotidien induit un des non-sens des actions de santé globale. L’intervention d’urgence lors d’une épidémie constitue une lutte pour

l'endigement de celle-ci, cette modalité d'action revêt, selon des formes symboliques et concrètes, les aspects d'une guerre biologique, contre le virus, employant la maladie comme métaphore (Sontag, *op. cit.*), et portant le paradoxe de la santé globale. Durant l'épidémie, la maladie touche les individus d'une population vivant « l'intervention humanitaire » comme une guerre contre leur propre corps social malade, apeuré, en détresse. Celui-ci vit une intolérable intrusion en raison des actions de gestion, prise en charge, prévention qui paraissent étranges, incompréhensibles (l'hospitalisation inefficace de malades pour la survie), violentes (vécues comme invasion par le groupe dominant) et temporaires (s'interrompant dès la fin de l'épidémie alors que d'autres maladies sévissent dans le village).

Nous traitons dans cet article des fondements et conditions scientifiques et politiques relatives aux FHV Ebola et Marburg qui ont pu contribuer à l'émergence du concept de santé globale participant à définir les modalités de lutte contre les épidémies. Pour ce faire, dans un premier temps, nous décrivons comment le contexte sanitaire actuel participe à l'un des concepts fondateurs de la santé globale, l'émergence virale ; dans un second temps, nous mettons en évidence le développement de visées sécuritaires hygiénistes internationalisées à travers la mise en norme de la gestion des épidémies d'Ebola et Marburg ; puis nous montrons les limites des politiques internationales en contradiction avec les réalités locales.

Un contexte sanitaire et scientifique nouveau à l'origine du concept d'émergence des pathologies infectieuses

L'apparition de virus⁶, jusque-là inconnus, durant les 40 dernières années, est à l'origine du concept d'infection émergente, proposé en 1989. Cette conceptualisation d'un phénomène rencontre un intérêt immédiat, justifiant en 1995 la création d'une nouvelle revue du Center of Disease Control (CDC) d'Atlanta *Emerging*

⁶ Marburg (1967), Lassa (1969), Ebola (1976), le VIH (1981).

Infectious Diseases. Le virologue S. S. Morse (1995) y développe sa pensée et définit l'émergence et la réémergence : « Des infections qui sont apparues récemment dans une population, ou qui ont déjà existé, mais dont l'incidence et la répartition géographique augmentent rapidement »⁷.

Sa réflexion suggère de fait l'idée d'un changement, d'une instabilité spatiotemporelle intéressant les virologues et organismes internationaux. En 1996 l'OMS crée la division de surveillance des maladies émergentes et autres maladies transmissibles⁸ qui définit plus largement les maladies transmissibles émergentes dans un souci de santé publique (notions de transmissibilité, contagiosité, résistances aux médicaments) (OMS, 1996). L'émergence devient une préoccupation essentielle de la virologie et de la santé publique et est susceptible d'influencer les actions des décideurs sanitaires, lesquels s'appuient sur le socle historique des connaissances.

Après l'inflexion qui, dans la seconde moitié du XIX^e siècle, voit naître nombre d'idées nouvelles (Grmek, 1990) des découvertes convergentes et techniques plus efficaces modifient les savoirs et savoir-faire des sciences de la vie. Elles permettent d'identifier les premiers virus⁹ et constituent la première révolution virologique. Les découvertes s'accroissent dans les années 30¹⁰ faisant des virus une réalité empirique. Dans les années 40-60, les progrès sont extraordinaires et marqués du succès de l'éradication de la variole (1977). Cette révolution s'inscrit dans un processus plus large qui aboutit au développement de techniques de biologie moléculaire permettant de découvrir et caractériser plusieurs virus (Hépatites C et E) avant même de les isoler pour les cultiver. Ce que l'on appelait peste il y a quelques siècles est identifié, expliqué, classifié dans une famille parasitaire, bactérienne ou virale (Debré & Gonzalez, 2013 ;

⁷ « Recently appearing infections in a population or which have already exist but their incidence and area repartition increase rapidly ».

⁸ Survey Division of Emerging and Transmitted Disease.

⁹ Les virus de la mosaïque du tabac et de la fièvre aphteuse sont découverts en 1894, 1898.

¹⁰ Isolement de la grippe A en 1933.

Gonzalez & Fair, 2013). On met au point des antiviraux en même temps que l'on prend conscience de l'importance des maladies virales chroniques ou lentes, comme celles associées aux rétrovirus (Chastel, 2006). Ces avancées induisent une prise de conscience : pour la plupart des virus, l'aire de diffusion est mondiale. La diversité des conditions épidémiologiques explique que les infections virales puissent survenir sur un mode sporadique, épidémique, endémique ou pandémique (Huraux *et al.*, 2003). La globalisation des flux de personnes, de biens, et en conséquence des agents pathogènes, participe à un positionnement sécuritaire global alimentant la définition de santé globale. Les connaissances des risques liés à Ebola et Marburg se sont structurées à partir des expériences et données collectées durant différentes épidémies. Ces pathologies prennent la tête du cortège des maladies qui influencent fortement les directions prises par la santé globale.

En 1967, dans un contexte de guerre froide, la première émergence de FHVM a lieu en Yougoslavie et en Allemagne, dans des institutions scientifiques. Si la médiatisation de cette émergence est faible, cet événement a un impact politique et scientifique important, qui mobilise des ressources scientifiques, techniques et thérapeutiques qui n'auraient pas pu être mises en œuvre dans un village enclavé d'Afrique Centrale et dont le résultat limite la diffusion de la maladie (31 cas) et la mortalité associée (22,6%). En revanche, les émergences simultanées d'Ebola survenues en Afrique Centrale en 1976 confirment l'hypothèse du virus tueur. Dès son émergence au Soudan dans la ville de Nzara¹¹ et en république démocratique du Congo (RDC) dans le village de Yambuku¹², Ebola s'impose d'emblée comme un problème bien plus grave que Marburg influençant durablement les représentations paniques des opinions scientifique, sanitaire et publique : Marburg est un virus de laboratoire et Ebola la nouvelle « Peste Noire des temps modernes » (Chastel, *op. cit.*).

¹¹ 284 cas et 151 décès, 53,2% de mortalité.

¹² 318 cas, 280 décès, 88% de mortalité.

En 1989, Ebola émerge dans un laboratoire dans la ville de Reston à quelques kilomètres de la Maison Blanche (USA), sous une forme peu ou pas pathogène pour l'homme, touchant gravement des singes importés des Philippines¹³. L'évènement apparaît exceptionnellement grave. À cette date, naît le concept d'émergence virale et s'effondre le bloc de l'Est. La simultanéité de ces événements permet d'identifier le virus comme une nouvelle cible idéologique et rend consensuel le caractère prioritaire de la lutte contre les virus¹⁴.

En 1995, l'épidémie de Kikwit (RDC) cause un drame mobilisant l'aide internationale et humanitaire (Heymann *et alii*, 1999) ; elle a lieu un an après la publication de l'ouvrage de littérature policière de R. Preston (1994)¹⁵ et contribue à une médiatisation de la maladie décrite comme envahisseur : « L'attaque par Ebola est explosive... vous semblez perdre votre capacité à répondre à une attaque virale. Votre organisme devient une ville assiégée »¹⁶.

L'épidémie est abondamment commentée par les services sanitaires¹⁷ et les médias internationaux¹⁸ : « En 1995, la réponse de la presse et des tabloïdes concernant Kikwit était extraordinaire et imprévue. La dernière semaine de cette épidémie a eu lieu dans une atmosphère telle qu'elle légitimait une surexploitation de l'évènement par les journaux »¹⁹ (Peters & Leduc, 1999).

¹³ 60 décès pour 75 singes malades subissant cette enzootie.

¹⁴ Remplacé au début des années 2000 par les préoccupations bioterroristes, n'occultant d'ailleurs pas la question de la pathologie virale.

¹⁵ L'ouvrage *Outbreak* s'inscrit dans cette ligne. Son adaptation au cinéma sort en salle le 10 mars 1995 à Hollywood.

¹⁶ « The attack by Ebola is explosive... and you seem to lose your ability to respond to a viral attack. Your body becomes a city under siege ».

¹⁷ Notamment le Center of Disease Control d'Atlanta.

¹⁸ La chaîne de télévision CNN médiatise particulièrement l'épidémie.

¹⁹ « In 1995, the press and tabloid response in Kikwit was extraordinary and unanticipated. The last week of this epidemic took place in an unprecedented atmosphere of legitimate news reporting and tabloid exploitation ».

L'épidémie de Mekouka²⁰ (Gabon, 1994), campement d'orpailleurs, et celle de Mayibout²¹ (Gabon, 1996) apparaissent mineures par rapport à celle de Kikwit (316 cas et 249 décès), ville de 200 000 habitants où les deux hôpitaux jouent un rôle amplificateur provoquant de nombreuses infections nosocomiales. Le personnel médical est gravement touché. Cette épidémie constitue un référent majeur pour les organisations internationales et les chercheurs qui y ont à la fois collecté beaucoup de matériel biologique et acquis de l'expérience sur la gestion des crises. Outre les risques pour les personnels de santé exposés aux malades, des patients accueillis en consultation ou hospitalisés se retrouvent infectés de même que certaines personnes venues visiter un malade. La maladie trouve un itinéraire de transmission via les réseaux sanitaires et sociaux (familiaux ou solidaires) (Roels & Bloom, 1999).

Ces découvertes et l'expérience acquise à Kikwit participent à la publication par la Division de surveillance des maladies émergentes, de deux ouvrages de référence²² amorçant la mise en place du protocole universel de la conduite à tenir lors d'une épidémie. Ils sont le reflet du tournant que prend la santé internationale et illustrent la place spécifique d'Ebola. L'enjeu prioritaire est le diagnostic²³. Celui-ci posé, le patient doit être pris en charge et soigné. Il n'existe à ce jour ni vaccin, ni traitement : les mesures restent symptomatiques (antipyrétique, anti-diarrhéique et réhydratation). Les cas graves doivent être placés en soins intensifs. La protection des soignants et l'endigement de l'épidémie sont des problématiques fondamentales face à cette pathologie. L'ensemble du personnel de santé doit être informé de la nature de la maladie et des voies de transmission, notamment les gestes liés aux actes

²⁰ 51 cas et 31 décès.

²¹ Elle provoque la mort de 21 personnes parmi les 31 malades recensés.

²² Lloyd & Perry (1998a, 1998b) définissent des protocoles hypersécurisés, destinés aux futurs intervenants de terrain.

²³ Grâce à des tests spécialisés sur les échantillons de sang réalisés dans les conditions de confinement rigoureuses en laboratoire de haute sécurité (P4).

médicaux, et respecter un protocole de sécurité lors des soins normés²⁴ et effectués en isolement en vue d'éviter toute contamination. La surveillance épidémiologique vise à la recherche des sujets-contacts et au suivi de toute personne susceptible d'avoir été exposée au virus. Dans la réalité, les consignes sont adaptées aux possibilités locales et au contexte épidémique.

En juillet 1996, une nouvelle épidémie (60 cas et 45 décès) touche le Gabon, dans la région de Booue (7 000 habitants). Plusieurs mois s'écoulent entre l'apparition du premier cas et la reconnaissance de l'épidémie. On observe le rôle amplificateur d'un tradithérapeute consulté par un malade dont la maison est le lieu de transmission de 16 nouveaux cas. L'épidémie semble s'être interrompue, mais une seconde vague touche trois villages alentour et un campement forestier (Georges *et al.*, 1999). Fin 96, le Centre international de recherches médicales de Franceville (CIRMF) reçoit des prélèvements sanguins permettant la confirmation officielle de l'épidémie de FHVE et la mise en place d'un comité ministériel de crise, d'une équipe internationale (ministère de la Santé, CIRMF, armée gabonaise, OMS). Un local d'isolement est installé dans l'hôpital et un cordon sanitaire est organisé pour éviter le déplacement des malades ainsi qu'un service de protection des personnels médicaux en raison du climat général d'affolement²⁵. La plupart des cas (25) se déclarent à Booue, mais 15 apparaissent à Libreville, participant à la globalisation de l'épidémie. On relève 4 cas de contamination dans la capitale, dont 1 médecin internationalisant l'épidémie : évacué à Johannesburg, Afrique du Sud, il y contamine l'infirmière qui le soigne et qui décède.

²⁴ Le personnel hospitalier doit porter blouses, gants, masques individuels et lunettes de protection, non réutilisables sans avoir été désinfectés.

²⁵ Les équipes trouvent « une ville où régnait la peur, les structures de santé [étaient] presque vides, abandonnées » (Georges *et al.*, *op. cit.*).

Le tournant des années 2000 : vers la globalisation du phénomène Ebola

Après Boue et en raison d'infrastructures et de systèmes de soins souvent déficients, les pays touchés par ces épidémies font quasiment toujours appel à l'OMS²⁶ et organisations humanitaires compétentes. On observe à travers l'historique de la gestion des épidémies une internationalisation des intervenants.

Face à ce nouveau fléau, apparaît un type nouveau de gestion sanitaire globale : le *Global Outbreak and Alert Response Network*²⁷ (GOARN²⁸). Suite à la réunion des partenaires internationaux, politiques et scientifiques à Genève en 2000, ce réseau voit le jour en s'appuyant sur les institutions existantes et de nouveaux partenaires, dans le but « de faire face aux menaces mondiales que représentent les maladies à tendance épidémique et les maladies émergentes » (Lloyd & Perry, 1998a). Outil neuf, le GOARN illustre la mise en place d'une gestion en réseau œuvrant pour la santé globale. Il s'agit d'un dispositif technique de collaboration entre institutions et réseaux mettant leurs ressources en commun pour identifier, confirmer et répondre rapidement aux épidémies de portée internationale²⁹. La mise en pratique de ces outils de lutte est ici analysée en retraçant les événements de 2001-2002 lors de l'épidémie ayant sévi dans la région frontalière du Gabon et de la république du Congo³⁰.

²⁶ Lors de l'épidémie de Kelle (2003), sont associés à l'équipe du CIRMF un épidémiologiste et un anthropologue. L'OMS AFRO constitua une équipe.

²⁷ Réseau mondial d'alerte et d'action en cas d'épidémie.

²⁸ Courriel : goarn@who.int

²⁹ Le développement du réseau est supervisé au sein de l'OMS, l'équipe du *Global Alert Response* (GAR) coordonne la réponse internationale aux épidémies.

³⁰ Notre propos s'appuie ici sur le Rapport de mission de coordination des épidémies de FHVE Gabon/Congo (octobre 2001/mai 2002) de l'OMS (Genève-HQ). Cette épidémie toucha 180 personnes, et provoqua la mort de 97 d'entre elles.

En 2001-2002, des épizooties d'Ebola apparaissent de part et d'autre de la frontière gabono-congolaise, mobilisant rapidement les instances internationales de protection de l'environnement (ECOFAC³¹, WWF³², WCS³³). Plusieurs chasseurs partis seuls ou en groupe dans leurs campements reviennent malades au village. Quatre foyers épidémiques apparaissent au Gabon et deux au Congo dans les villages à proximité de la ville forestière de Mekambo (Gabon).

La déclaration de l'épidémie en décembre 2001, montre une réponse institutionnelle assez rapide. Le ministère de la Santé gabonais lance ses stratégies de lutte à travers l'intervention de ses équipes et de celles de la santé militaire et du CIRMF. Le gouvernement prend en charge la gestion et le financement des activités renforçant la sensibilisation et l'éducation à la santé des populations avec le concours des autorités locales. Hôpital de brousse et chambres d'isolement sont créés à Mekambo. Quarante personnes travaillent sur le site. L'État sollicite l'appui de l'OMS (coordination, mobilisation des ressources humaines et organisation de la lutte). Une équipe internationale est déployée à Mekambo mi-décembre. Les activités de lutte portent sur la surveillance épidémiologique, l'isolement et la prise en charge des cas, la mobilisation sociale, ainsi que l'appui logistique aux États. Les bases de l'équipe se trouvent à Mekambo et Makokou (capitale de la province).

L'identification de malades congolais contraint les autorités sanitaires du pays à demander l'appui d'une équipe internationale de riposte impliquant la désignation d'un coordonnateur du Comité international de coordination technique et scientifique de lutte au Gabon et au Congo et en conséquence l'internationalisation transfrontalière de l'intervention.

³¹ Programme européen des écosystèmes forestiers d'Afrique Centrale.

³² World Wildlife Foundation.

³³ WorldWildlife Conservation Society.

Selon les préconisations de l'OMS des barrières de protection dans les centres d'isolement de Makokou et Mekambo sont mises en place mais les structures sont très peu utilisées lors de l'épidémie de Mekambo³⁴, du fait d'un taux de mortalité y avoisinant les 80%, participant au développement de réticences des familles des victimes envers l'hôpital et les centres d'isolements (Gabon) rebaptisés « mouirois ». En république du Congo, les lazarets de proximité installés dans les villages en fin d'épidémie ne reçurent aucun malade car les populations étaient hostiles au transfert des malades et le gouvernement congolais fut favorable au traitement à domicile de peur d'exporter l'épidémie à Mbomo (première ville moyenne congolaise après la frontière).

Après ces événements, plusieurs épidémies de FHVE sévirent encore en Afrique Centrale notamment dans des localités de république du Congo entre 2002 et 2005. Nous évoquons celle de 2002-2003.

L'épidémie de Kelle signe un lourd bilan (143 cas, 128 décès). Début décembre 2002, la population et les organismes de gestion de la faune rapportent des cadavres de grands primates diagnostiqués Ebola. En janvier, une mission d'information et mobilisation sociale du ministère de la Santé congolais et de l'OMS est organisée sur place. Suite à une cérémonie funéraire six nouveaux cas sont recensés et notifiés au ministère et au GAR, qui effectue une mission en février avec l'OMS et le CIRMF. Les contraintes de terrain sont lourdes et décrites comme liés « au refus de la communauté des mesures de contrôle et au reniement du modèle explicatif biomédical » (Formenty *et al.*, 2003). La stratégie classique inclut l'information du public, mais dans les faits « le volet d'éducation sanitaire [est] délaissé, les enterrements et l'isolement déshumanisés » (Formenty *et al.*, *ibid.*); des patients sont morts seuls à l'hôpital. Dans une région déjà durement touchée en

³⁴ 14% des malades hospitalisés, dont la majorité pendant la première phase de lutte.

2001-2002 et ce contexte de réémergence de la maladie, quatre enseignants sont lynchés à mort par une foule prise de panique.

L'adhésion des populations aux messages de prévention est une question récurrente autour d'Ebola. Le caractère épisodique des épidémies de FHVE durant la décennie 1995-2005, au Gabon et en république du Congo, impose des directives soutenues de surveillance épidémiologique de proximité pendant les épidémies, comme après.

Ainsi le gouvernement gabonais en 2002, puis le gouvernement congolais, en 2003 appuyés par l'OMS, obtiennent de la Banque africaine de développement (BAD) une aide financière pour un programme de prévention et le contrôle des futures flambées de FHVE. Conjointement avec les ministères de la Santé du Gabon et de la république du Congo, la BAD finance deux programmes nationaux de lutte contre la FHV Ebola. Ces programmes ont pour objectif de former des relais communautaires Ebola. Une formation de quelques jours, initiée en 2001, est poursuivie en 2005 et réalisée par l'OMS et MSF. Elle informe et sensibilise les agents de santé, chefs de villages et personnes volontaires sur les risques liés à Ebola. Ces derniers ont ensuite pour mission de diffuser l'information auprès des populations.

L'adhésion des populations est jugée indispensable pour juguler efficacement les épidémies. Mais ces programmes occultent que les campagnes ne sont pas assez longues ni assez adaptées au contexte local pour acquérir l'adhésion des populations. Les multiples émergences du virus au Gabon (1994-1996) puis en république du Congo liées aux épizooties sévissant dans les forêts ont structuré les messages de prévention, mal perçus par les populations (Épelboin & Formenty, 2011). Notamment parce que ces derniers sont exclusivement fondés sur des critères intégrant les constats de contamination par les primates morts ou malades mais ne prenant pas en compte la notion de réservoir (suspecté mais encore non avéré). Comment adhérer à un discours ou l'activité de chasse (qui procure la quasi totalité des apports en protéines) serait une pratique à risque ? Pareillement, l'interdiction de ramasser en

brousse des animaux morts laisse supposer que le chasseur n'a pas tué ses proies, ce qui constitue une atteinte à l'identité masculine. Concernant la diffusion de la maladie, le plus souvent les familles des victimes se rendent à l'hôpital pour leurs malades ; insinuer qu'elles ne le font pas et sous-entendre qu'elles ne se soignent qu'à l'*Indigena* et à l'église, c'est penser à tort qu'elles ignorent la médecine moderne. Le fait est que la plupart d'entre elles n'y a simplement pas accès. D'autres se sont vues interdire de visiter leurs malades proches, qu'on leurs a rendus mort. À cela s'ajoute que les populations cernent l'inadéquation entre préconisations énoncées de prévention et manque de ressources des structures sanitaires, la plupart ne disposant pas de gants, coton, alcool ou javel. L'impossibilité de mettre en œuvre efficacement ces injonctions discrédite ces campagnes et renforce les réticences de la population.

Ces mesures sanitaires occidentales sont légitimées *a priori* par leur dimension « humanitaire » et donnent une caution morale à des actes de pouvoirs qui imposent aux populations des contraintes lourdes. Dans les représentations locales, la crise épidémique et sa gestion se retrouvent associées à vécues comme des processus de domination. Cette guerre biologique revêt des formes symboliques et concrètes, que les populations remettent en cause (Foucault, 2004), dans la mesure où les actions de lutte étrangères sont aussi intrusives qu'inefficaces pour la survie des malades. La contestation apparaît comme une manifestation concrète de la confrontation d'intérêts divergents qui vont au-delà de l'incompréhension ou de la non-adhésion aux savoirs biomédicaux. Les interventions biomédicales sont incontestablement politiques et leur contestation constitue des actes de résistance, non pas tant vis-à-vis des enjeux sanitaires que des motifs implicites qui les sous-tendent répondant à la violence symbolique d'une gestion globale de la santé individuelle. Face à l'infiltration d'une forme de contrôle et de pouvoir dans l'espace de la quotidienneté, la contestation exprime une opposition à l'autorité, une affirmation de soi. Comme cela fut le cas en 2002, dans certains villages gabonais où les gens empêchèrent, en barrant les routes, le passage des équipes médicales pour se rendre sur

certaines sites épidémiques. Cette expression de refus face aux schémas impersonnels et déshumanisants des interventions sanitaires, constitue une forme d'affirmation de singularité, de distinction, voire une revendication identitaire d'autonomie en période épidémique comme post-épidémique. Les populations ont compris qu'Ebola mobilise davantage les institutions internationales que le paludisme ou la fièvre jaune. Le statut d'ancien malade, ou de personnes vivant en « zone sinistrée » s'avère utile pour revendiquer un droit à la santé, à l'éducation, à l'eau potable, au réseau téléphonique, etc. On use du corps (individuel ou social) en le biolégitimant pour revendiquer le droit à une existence décente (Fassin & Memmi, 2004). Le corps habituellement dénié et ignoré est exposé comme vecteur politique, parce que reconnu dans ces situations de crise et d'urgence sanitaire. L'atteinte organique se reconfigure de façon subversive pour revendiquer des droits sociaux.

Les événements de 2001 et 2003 attestent de l'importance de la communication entre intervenants et populations en contexte d'urgence sanitaire. À l'issue de ces épidémies, compte tenu de l'hostilité des populations, les équipes médicales tentent de redonner un sens, une dimension ritualisée aux enterrements déstructurés par les mesures sécuritaires, enterrant les objets ayant appartenu au mort, au lieu de les incinérer, présentant leurs condoléances aux familles ou leur proposant une aide matérielle (Épelboin *et al.*, 2012). La prise en charge progressivement se réoriente.

En émergeant sur le continent africain³⁵ Marburg n'est plus perçu comme un virus de laboratoire³⁶ et ses représentations

³⁵ En 2004, sévit dans la province de Uige (Angola) une épidémie meurtrière de Marburg touchant sept localités dont Luanda. La mortalité est de 92,4%. MSF détecte 374 cas et 329 décès suspects (Jeffs & Roddy, 2007). L'OMS, le CDC d'Atlanta et MSF envoient sur place des équipes médicales et deux laboratoires de terrain sont installés. Dix-huit membres des équipes soignantes décèdent. La transmission auprès des N'ganga et dans les structures hospitalières est importante.

³⁶ D'une épidémie en Europe (Marburg : 5 décès sur 23 cas, Frankfurt : 2/6 et Belgrade : 0/2) et quelques cas isolés, le virus de Marburg montre des capacités létales similaires à Ebola.

évoluent. Les différences de mortalité entre l'Allemagne (22%) et l'Afrique subsaharienne (87%) interrogent les scientifiques sur des questions biologiques³⁷, mais les chercheurs commencent à considérer que l'accompagnement du malade et les conditions de prise en charge influencent l'issue de l'infection (Bausch *et al.*, 2007). D'une réponse à l'orientation uniquement épidémiologique et biomédicale, provoquant une incompréhension culturelle et sociale et aboutissant à des tensions néfastes au contrôle de l'épidémie, on passe à l'incontournable présence d'anthropologues médicaux dans les équipes et à plus de mixité institutionnelle. Ces infléchissements liés à l'expérience acquise au cours de la gestion des différentes épidémies contribuent à réduire les incompréhensions qui restent pourtant encore fréquentes.

Conclusion

Appréhender l'histoire des émergences des FHV Ebola et Marburg au regard de leur actualité en Afrique de l'Ouest illustre le parallèle existant entre la globalisation des modes d'émergences de ces pathologies et leur rôle dans la définition des normes structurant la santé globale et son paradoxe. À l'issue d'un positionnement introductif de notre acception de la santé globale, on a montré que le contexte sanitaire et scientifique du siècle dernier a participé au concept d'émergence virale en parallèle de l'émergence de la virologie. Partie d'un risque local, devenu nosocomial, la vision panique, hygiéniste et sécuritaire de ces virus mobilise rapidement l'ensemble des acteurs internationaux, multipliant les équipes sur les lieux des épidémies, complexifiant la communication entre populations touchées et équipes internationales, lentes à se mobiliser, ainsi qu'entre équipes elles-mêmes et entre pays touchés par la crise. La globalisation des phénomènes épidémiques et leur gestion montrent que malgré leur dessein de protection des populations, elle déshumanise par certaines pratiques les individus, en ignorant leurs voisins dont l'accès aux soins est inexistant.

³⁷ Pathogénécité, virémie, immunodéficience...

L'examen des temporalités courtes de la crise et une lecture de l'association d'un phénomène sanitaire et de sa conceptualisation scientifique et politique permettent de mieux cerner le changement de paradigme dans la surveillance sanitaire globale. L'appropriation du concept par le politique, ne doit pas faire oublier que la « santé pour tous » se joue avant tout en amont dans des déterminants concrets d'accès au logement, à l'hygiène, à une alimentation équilibrée...

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- ATLANI-DUAULT L., VIDAL L., 2013. « Le moment de la santé globale : formes, figures et agendas d'un miroir de l'aide internationale », *Revue Tiers Monde*, 215(3) : 7-16.
- BAUSCH D. G., FELDMANN H., GEISBERT T. W., 2007. « Outbreaks of Filovirus Hemorrhagic Fever: Time to Refocus in the Patient », *Journal of Institute Diseases* (suppl. 2) : 196.
- BROWN T., MOON G., 2012. « Commentary: Geography and Global Health », *The Geographical Journal*, vol. 178(1) : 13-17.
- BUISSONNIÈRE M., 2012. « La nouvelle donne de la santé globale : dynamiques et écueils », *International Development Policy*, 3. Online : <http://poldev.revues.org/953>.
- CHASTEL C., 2006. *Virus émergents, vers de nouvelles pandémies ?* Paris, Vuibert/Adapt-Snes.
- DEBRÉ P., GONZALEZ J.-P., 2013. *Vie et mort des épidémies*. Paris, Odile Jacob.
- DÔMONT A., 2004. « Santé globale : vers une nouvelle architecture du système de santé (l'exemple de la médecine du travail) », Communication au Sénat, colloque *Vers une nouvelle architecture du système de santé ?* Paris le 24 avril 2004.
- ÉPELBOIN A., FORMENTY P., 2011. « Anthropologie sociale et culturelle et lutte contre les épidémies de fièvre Ebola et Marburg » in LEPORT C., GUEGAN J.-F. (dir.), *Les maladies infectieuses émergentes : état de la situation et perspectives*. Haut Conseil de la santé publique. Paris, La Documentation française.

- ÉPELBOIN A., ODUGLEH-KOLEV A. & FORMENTY P., 2012.** « Annexe 13. Contribution de l'anthropologie médicale à la lutte contre les épidémies de fièvres hémorragiques à virus Ebola et Marburg » in *Épidémies de fièvres hémorragiques à virus Ebola et Marburg : préparation, alerte, lutte et évaluation*, WHO/HSE/GAR/BDP : 87-93.
- FASSIN D., MEMMI D., 2004.** *Le gouvernement des corps*. Paris, EHESS.
- FORMENTY P., LIBAMA F., EPELBOIN A. et al., 2003.** « L'épidémie de fièvre hémorragique à virus Ebola en République du Congo, 2003 : une nouvelle stratégie », *Médecine Tropicale*, 63(3) : 291-295.
- FOUCAULT M., 2004 [1978-1979].** *Naissance de la biopolitique*. Paris, Gallimard.
- GEORGES A. J., LEROY E. M., RENAUT A. A. et al., 1999.** « Ebola Hemorrhagic Fever Outbreaks in Gabon, 1994-1997: Epidemiologic and Health Control Issues », *Journal of Infectious Diseases*, 179 (suppl. 1) : S65-75.
- GONZALEZ J.-P., FAIR J., 2013.** « From Biosecurity to Emerging Diseases: A Relentlessly Changing Paradigm », *Tropical. Medicine & Surgery*, vol. 1(1) : e102.
- GREMK M., 1990.** *La première révolution biologique : réflexions sur la physiologie et la médecine du XVII^e siècle*. Paris, Payot.
- GURWITZ A., IMPERATO P. & LEVITT A., 2014.** « Deadly Outbreaks – How Medical Detectives Save Lives Threatened by Killer Pandemics, Exotic Viruses, and Drug-Resistant Parasites », *Journal of Community Health*, vol. 39(1) : 191-192.
- HEYMANN D. L., BARAKAMFITIYE D., SZCZENIOWSKI M. et al., 1999.** « Ebola Hemorrhagic Fever: Lesson from Kikwit, Democratic Republic of the Congo », *Journal of Infectious Diseases*, 179 (suppl. 1) : S283-286.
- HURAUX J.-M., NICOLAS J.-C., AGUT H. et al., 2003.** *Traité de virologie médicale*. Paris, Estem.
- JEFFS B., RODDY P. et al., 2007.** « The Médecins Sans Frontières Intervention in the Marburg Hemorrhagic Fever Epidemic, Uige,

Angola, 2005, I. Lessons Learned in the Hospital », *Journal of Infectious Diseases*, 196 (suppl. 2) : S154-161.

KEROUÉDAN D., 2010. « Les enjeux politiques de l'évaluation à cinq ans du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose, et le paludisme », *Médecine Tropicale*, 70 : 19-27.

KEROUÉDAN D., 2013. « Globaliser n'est pas sans risques pour les populations les plus pauvres du monde : émergence de la Global Health en Afrique subsaharienne », *Revue Tiers Monde*, 215 : 111-127.

KOPLAN J. P., BOND T. C., MERSON M. H. *and al.*, 2009. « Towards a Common Definition of Global Health », *The Lancet*, 373 (9679) : 1993-1995.

KUHN J. H., BECKER S., EBIHARA H. *and al.*, 2010. « Proposal for a Revised Taxonomy of the Filoviridae: Classification Names of Taxa and Viruses, and Virus Abbreviations », *Archives of virology*, vol. 55(12) : 2083-2103.

LEROY E. M., ÉPELBOIN A., MONDONGE V. *and al.*, 2009. « Human Ebola Outbreak Resulting from Direct Exposure to Fruit Bats in Luebo, Democratic Republic of Congo, 2007 », *Vector-Borne and Zoonotic Diseases*, vol. 9(6) : 723-728.

LLOYD E., PERRY H., 1998a. *Contrôle de l'infection en cas de fièvre hémorragique virale en milieu hospitalier africain*. Genève, Publications OMS, Division des maladies émergentes et autres maladies transmissibles, surveillance et lutte.

<http://www.who.int/emc>

LLOYD E., PERRY H., 1998b. *Guide OMS pour la préparation et la riposte aux épidémies : fièvre hémorragique à virus Ebola*. Genève, Publications OMS, Division des maladies émergentes et autres maladies transmissibles, surveillance et lutte.

<http://www.who.int/emc>

MACFARLANE S., JACOBS M. & KAAYA E., 2008. « In the Name of Global Health: Trends in Academic Institutions », *Journal of Public Health Policy*, vol. 29(4) : 383-401.

MORSE S. S., 1995. « Factors in the Emergence of Infectious Diseases », *Emerging Infectious Diseases*, 1 : 7-15.

- NICHTER M., 2008. *Global Health: Why Cultural Perceptions, Social Representations, and Biopolitics Matter*. Tucson, University of Arizona Press.
- OMS, 1996. *Rapport sur la santé dans le monde, 1996 – L'état de la santé dans le monde*. Genève.
- PEPRAH E., WONKAM A., 2013. « Biomedical Research, a Tool to Address the Health Issues that Affect African Populations », *Globalization and Health*, vol. 9, UNSP 50.
- PETERS C. J., LEDUC J. W., 1999. « An Introduction to Ebola: the Virus and the Disease », *Journal of Infectious Diseases*, 179 (suppl. 1) : ix-xvi.
- PRESTON R., 1994. *The Hot Zone*. New York, Anchor.
- ROELS T. H., BLOOM A. S. and al., 1999. « Ebola Hemorrhagic Fever, Kikwit, Democratic Republic of the Congo, 1995: Risk Factor for Patients Without a Reported Exposure », *Journal of Infectious Diseases*, 179 (suppl. 1) : S92-97.
- SÉCHET R., 2006. « Quand le risque et l'urgence cachent les vulnérabilités et les inégalités... », in SÉCHET R. & VESCHAMBRE V. (eds), *Penser et faire la géographie sociale, Contributions à une épistémologie de la géographie sociale*. Rennes, PUR.
- SONTAG S., 2009. *La maladie comme métaphore, le sida et ses métaphores*. Paris, Christian Bourgeois éditions.
- WHO, 2014 : http://www.who.int/csr/don/2014_06_10 Ebola/en/

Résumé

L'article éclaire de manière critique les enjeux gravitant autour du concept de « santé globale » au travers de l'examen des flambées épidémiques de fièvre hémorragique à virus Ebola (FHVE) qui sévissent en Afrique Centrale. Les changements et renouvellements de leur gestion par les institutions internationales illustrent certains enjeux actuels de la globalisation de la santé. Ils nous renseignent également sur les évolutions de paradigmes de la biomédecine au cours des quarante dernières années : découvertes

technologiques et avancées scientifiques majeures contrebalancées par de nouvelles émergences virales notamment.

Mots-clefs : Ebola, Marburg, santé globale, Afrique Centrale, épidémie, enjeux internationaux.

Summary

Hemorrhagic Viral Fevers of Ebola and Marburg, Many Issues of a Global health Approach

Changes in the type of management, employed by international institutions and relevant to outbreaks of the Ebola Hemorrhagic Fever Virus (EHFV) in Central Africa, illustrate current issues about the globalization of health. These modifications tell us about the evolution of paradigms of biomedicine over the past forty years: technological discoveries and major scientific advances counterbalanced by new virus emergence in particular.

Key-words: Ebola, Marburg, global health, Central Africa, outbreak, international issues.

* * *