

# Ebola, et ensuite?

par Yannick Jaffré

Ebola n'est pas la seule maladie infectieuse à toucher l'Afrique. La persistance d'autres épidémies témoigne d'une situation sanitaire critique. L'anthropologue Yannick Jaffré revient sur les faiblesses structurelles qui minent le continent.

Les dernières données épidémiologiques font état de 14 000 cas plus ou moins confirmés et de 5 000 décès dus au virus Ebola. Comment ne pas être touché par l'extrême solitude des malades et par l'éthique absolue de ceux qui les soignent ou tentent de prévenir la propagation du virus ? Le respect s'impose. Derrière ces aspects immédiats, et particulièrement dramatiques, Ebola pose également des questions de fond, directement liées aux sciences sociales et à la façon dont celles-ci abordent les épidémies : les contextes sociétaux dans lesquels ces maladies infectieuses se développent, la qualité des interactions entre les services de santé et les populations, le choix des politiques de santé ou, encore, les modalités d'application de ces politiques.



La pauvreté, terreau des maladies infectieuses

Si Ebola fait aujourd'hui les gros titres, elle n'est pas la seule maladie infectieuse à toucher l'Afrique, loin s'en faut. D'autres épidémies, moins évoquées par les médias, existent sur ce continent à l'état endémique : choléra (3 à 5 millions de cas et environ 120 000 décès annuels), méningite (80 000 cas et de 5 000 à 6 000 décès annuels), diarrhées (700 000 à 800 000 décès d'enfants par an), rougeole (120 000 décès annuels)... La plupart de ces pathologies infectieuses se déploient dans des contextes de grande pauvreté. Ainsi, 29 des 35 pays que compte le continent africain sont considérés comme étant « à faible développement humain ». À l'évidence, ces maladies infectieuses sont avant tout des maladies de la pauvreté et des révélateurs d'inégalités. Les guerres et les dysfonctionnements des États ont fait le lit d'Ebola et expliquent largement l'impossibilité des systèmes de santé à répondre à la situation.

# Les guerres et les dysfonctionnements des États ont fait le lit d'Ebola.



Si les virus diffèrent, les difficultés qu'ils suscitent présentent aussi des similarités. De manière globale, il s'agit toujours pour le pouvoir et les instances sanitaires de limiter la propagation de l'épidémie en rationalisant les conduites, tout en conservant l'essentiel d'une organisation sociale qui peut parfois, comme lorsqu'il s'agit de prendre soin des malades ou d'accompagner les personnes décédées, aller à l'inverse des précautions sanitaires.

La rumeur est une autre constante de ces épidémies, en Afrique. Pour le sida comme pour Ebola, les « blancs » – terme ici synonyme d'une extériorité malveillante – sont suspectés d'avoir introduit ces virus pour décimer les populations africaines. Dans le même temps, des guérisseurs locaux réinventent de pseudo-traditions pour légitimer leur pouvoir de guérison et tenter de s'enrichir. Et, toujours, la crainte des personnes malades ou guéries fait le lit de leur stigmatisation.

## Des services de santé défaillants

L'épidémie d'Ebola qui touche l'Afrique est également révélatrice de ce qu'est, aujourd'hui, la situation sanitaire africaine. Cela commence par le sens que ces populations donnent au mal et à la maladie, la manière dont elles repèrent la récurrence de certains symptômes et les façons complexes dont elles nomment et interprètent toute « nouvelle maladie », définissent ses causes ainsi que les remèdes et préventions à mettre en œuvre. Mais au-delà, c'est surtout la crédibilité des discours émanant de l'État, des institutions internationales ou des responsables sanitaires nationaux qui est questionnée. À quel « message » se fier alors que bien des autorités pratiquent ce que Hanna Arendt nommait « le mensonge en plein jour » ?

Autre point essentiel : l'organisation des services de santé. Partout en Afrique de l'Ouest, le fonctionnement des services de médecine infectieuse et plus largement la question de l'hygiène hospitalière posent d'énormes problèmes. Ces unités spécialisées manquent de lits et sont, par exemple, obligées de faire se côtoyer des patients cholériques, des personnes vivant avec le VIH et d'autres touchées par la méningite. Les personnels de santé manquent de formation et ne peuvent respecter les protocoles de désinfection et de décontamination. L'ensemble du travail « hôtelier » – repas, lavage des malades et de leur literie – est effectué par des familles qui ne savent ni ne peuvent respecter aucune précaution sanitaire.

# Les personnels de santé manquent de formation et ne peuvent respecter les protocoles de désinfection et de décontamination.

Les choix sanitaires et la façon dont les financements et les décisions des organisations internationales structurent leurs interventions sont également déterminants. Les programmes ciblés de lutte contre la méningite, le sida ou le paludisme, initiés par ces organismes constituent l'essentiel des politiques publiques de santé. Mais quel service de santé se charge d'harmoniser ces interventions ? Qui travaille sur les socles environnementaux, l'hygiène publique et le traitement des déchets, l'information régulière et l'éducation populaire des collectivités où émergent ces pathologies ? Si la vaccination est nécessaire, quand le vaccin existe, elle ne peut résoudre seule la question complexe et déterminante des liens entre populations et environnements.

On le voit, le rôle des anthropologues est décisif lors des pics épidémiques, puisque ces « passeurs culturels » traduisent pour les populations et les soignants les raisons d'agir des uns et des autres. Au-delà de l'urgence, un travail de fond sur les socles mêmes de ces maladies infectieuses est tout aussi indispensable : environnements pathogènes, politiques publiques en matière d'hygiène, formation des personnels de santé à l'hygiène hospitalière... Qui, mieux que l'anthropologie, peut se saisir de ces questions fondamentales ?