

La santé publique au Gabon

**Jean-Marie MILLELIRI
Carol TEVI-BENISSAN**

In Culture, Ecology, and Politics in Gabon's Rainforest

The Edwin Mellen Press, New York 2003

INTRODUCTION

Ainsi que le faisait remarquer l'UNICEF dans son rapport de 1998 consacré au Gabon (UNICEF - Gabon, 1998), le paradoxe gabonais en matière de santé réside dans l'existence d'un très grand écart négatif, 36 places, entre son niveau économique (78ème rang mondial) et son niveau de développement humain (114ème rang) en 1995.

Bien que consacrant à la santé de plus importantes sommes que ses voisins, les résultats illustrés par des indicateurs de santé faibles témoignent d'une difficulté à traduire vers les populations les efforts consentis par l'Etat depuis de nombreuses années. Sans doute des erreurs dans les choix des stratégies développées, une insuffisante coordination des politiques sociales combinées à une gestion peu efficace des ressources ont conduit à cette situation de paradoxe.

Cette image paradoxale est partagée par de nombreux analystes, et Tony Lawson écrivait récemment dans la revue "Marchés Tropicaux" (Lawson, 1999) que : « la faible performance des agents de santé et la mauvaise gestion des ressources financières et humaines disponibles, sont responsables des maux qui minent le système sanitaire gabonais ».

Malgré cette observation plutôt sombre, une nouvelle tendance se dessine qui laisse sans doute présager pour l'avenir une amélioration de cette situation, si tant est que l'Etat se donne les moyens de sa politique. Cette volonté politique clairement affichée de "remettre de l'ordre dans la maison", et de mieux développer une gestion fine des ressources et des structures existantes, montre en tout cas que les décideurs gabonais ont particulièrement bien compris que la santé au Gabon constituait un enjeu économique et socio-politique de premier plan.

Ces enjeux du Gabon de l'an 2000 en terme de santé se traduisent donc par la volonté affichée d'améliorer le déséquilibre actuel et de donner aux populations un meilleur accès à des soins de qualité dans une cohérence stratégique prenant en compte les particularismes du pays.

Dans une brève revue de la situation sanitaire gabonaise, nous aborderons dans une première partie l'organisation actuelle de la santé au Gabon ; puis à partir de deux pathologies émergentes, le Sida et Ebola, nous détaillerons les capacités de réponse gabonaise face à ces épidémies ; enfin, nous poserons quelques perspectives sanitaires ouvertes pour l'avenir.

Indicateurs principaux de santé

part du budget de l'Etat consacré à la santé	6,5%
espérance de vie à la naissance	53 ans
taux de mortalité infantile	99 pour mille
taux de mortalité des moins de cinq ans	154 pour mille
taux de mortalité maternelle (pour 100.000 naissances vivantes)	500 - 600
accès à l'eau potable	78% (urbain) 40% (rural)
couverture vaccinale - tous vaccins	50%
couverture vaccinale - rougeole	65%
femmes ayant subi au moins un avortement	50%
nouveaux-nés de poids de naissance < 2500g	10%

source : UNICEF - MSPP/Gabon, 1998

Structures sanitaires du secteur public au Gabon

	Libreville	Reste Gabon	Total
Hôpital Général	1	0	1
Hôpital Régional	1	8	9
Autre Hôpital	5	3	8
Centre Médical	0	40	40
Centre de Santé	6	0	6
Dispensaire	1	384	385
Service MaternoInfantile (SMI)	3	9	12

source : PNAS - MSPP, 1997

Structures sanitaires de Libreville

type de structure	nombre
Hôpital public	5
Hôpital parapublic	2
Clinique privée à but lucratif	19
Infirmierie public	26
Infirmierie parapublique	5
Infirmierie privée à but non lucratif	15
Centre de Santé public	8
Centre de Santé privé à but non lucratif	1
Centre Médico-Social parapublic	1
Service MaternoInfantile (SMI°)	3
Dispensaire public	3
Dispensaire privé à but lucratif	1
Dispensaire privé à but non lucratif	3
Cabinet médical privé à but lucratif	46
Cabinet médical privé à but non lucratif	2
Cabinet dentaire privé à but lucratif	10
Pharmacie parapublique	1
Pharmacie privée à but lucratif	26

source : MSPP - Plan - Enquête Budget Consommation, 1992

Ressources humaines

Qualification	Nombre d'habitant par agent
Médecin	2 758
Pharmacien	24 755
Chirurgien dentiste	126 872
Technicien supérieur	2 751
Sage-femme	2 692
Infirmier diplômé	1 911
Adjoint technique	2 650
Autres infirmiers	997

source : PNAS - MSPP, 1997

Survol de la situation sanitaire

Le Gabon, qui s'est doté au fil des années depuis l'indépendance d'une panoplie large en infrastructures et en moyens techniques, offre une vision décalée entre l'existence de ces moyens et leur utilisation optimale (Perret, 1997).

En 1997, le Ministère de la Santé s'est obligé à une réflexion et à une analyse très approfondie de la situation de la santé publique au Gabon. De ces travaux est né un document de 63 pages et annexes (Ministère de la Santé Publique, 1997) dont l'introduction commence ainsi : « l'offre de soins au Gabon ne répond plus aux demandes des populations ».

Organisation du système de santé

L'offre de soins gabonaises s'articule en trois systèmes (public, parapublic et privé) qui sont à l'heure actuelle trop déséquilibrés en terme de qualité, donnant une impression de médecine à plusieurs vitesses. Ces systèmes qui devraient agir en synergie pour une plus grande efficacité offre une vision parfois redondante, souvent superposée et toujours inégale d'accès. Ceci conduit à faire dire aux analystes que : « les soins sont devenus sélectifs et pour être en bonne santé, il faut avoir de l'argent » (Lawson, 1999). Ce constat d'un système de soins où les offres de qualité sont inaccessibles aux populations de bas revenus majore le déséquilibre sociétal qui est patent au Gabon.

Dans le secteur public, les ressources humaines sont importantes puisqu'en 1997 un recensement des personnels de santé faisait état de 3700 agents fonctionnaires et contractuels parmi lesquels il fallait compter près de 3000 soignants dont près de 400 médecins (MSPP, 1997). Et il faut ajouter à ces agents près de 2000 autres agents de la main d'œuvre non permanente rémunérés par le Ministère de la Santé. Ceci fait dire à certains, que chaque Gabonais a au moins un parent travaillant dans le secteur de la santé. D'autant que les structures privées florissent également.

Néanmoins, malgré cette pléthore d'agents il existe des défaillances en spécialistes ce qui a conduit récemment le Ministère à faire appel, dans le cadre d'une coopération guinéo-gabonaise, à une quinzaine de spécialistes pour intégrer des structures sanitaires à l'intérieur du pays. La répartition du personnel médical est en effet quelque peu déséquilibrée, et dans les structures sanitaires provinciales certaines spécialités ne sont pas représentées notamment dans les domaines de la chirurgie et de l'anesthésie. Ce fait oblige à avoir recours très souvent à des évacuations sanitaires vers la capitale. Il existe d'ailleurs une direction spéciale chargée des évacuations sanitaires au sein du Ministère de la Santé.

Le Gabon forme un certain nombre de ses agents sur place et il existe une Faculté de Médecine (Faculté de Médecine et des Sciences de la Santé - FMSS) qui titre chaque année une moyenne de vingt docteurs en médecine. Les spécialités médicales s'acquièrent à l'étranger. En 1997, sur 165 étudiants du secteur de la santé en formation à l'étranger, plus de 50% se trouvaient en Europe et près de 40% en Afrique. L'Ecole Nationale d'Action Sanitaire et Sociale (ENASS) forme le personnel paramédical : infirmiers, adjoints techniques, secrétaires de santé... Deux écoles se chargent de la formation aux carrières administratives : l'Ecole Nationale d'Administration (ENA) pour les administrateurs de santé et l'Ecole Préparatoire aux Carrières Administratives (EPCA) pour les attachés d'administration sanitaire. En dépit de cette panoplie offerte pour les formations, il existe encore une grande difficulté à la gestion rationnelle des personnels, dont certains affectés à l'intérieur refusent de rejoindre leurs postes, notamment en raison des conditions de vie parfois précaires trouvées à l'intérieur du pays. Les choix de carrière dans le domaine de la santé ne se font pas toujours par vocation, mais par la nécessité de trouver un emploi rémunéré et d'intégrer la fonction publique. Ceci entraîne des démotivations qui conduisent à un absentéisme trop fréquent. De plus, les plans de formations ne sont pas suffisamment programmés sur le long terme et obéissent plus à des opportunités personnelles sans rapport constant avec les besoins réels de la santé publique.

Les infrastructures sanitaires sont nombreuses à l'échelle d'une démographie qui dépasse à peine le million d'habitants. Dans le secteur public, on compte outre un hôpital général à vocation de plateau hospitalo-universitaire sur Libreville, un hôpital référent par province. Ajoutés aux hôpitaux parapublics gérés par le Caisse Nationale de Sécurité Sociale (2 à Libreville, 1 à Port-Gentil), à ceux de la coopération sino-gabonaise et à ceux du système privé (Hôpital Evangélique de Bongolo - Ngounié, Hôpital de la Fondation Schweitzer de Lambaréné - Moyen-Ogooué), le Gabon présente une panoplie de 27 hôpitaux. A ces structures hospitalières, il convient d'ajouter une quarantaine de centres médicaux et près de 400 dispensaires, arsenal infrastructurel qui devrait — en théorie — constituer un encadrement adéquat pour la population gabonaise. Ce n'est malheureusement pas le cas en raison parfois d'équipements surdimensionnés ou sous-utilisés dans les provinces de l'intérieur, mais aussi en raison, à l'inverse, de structures aux moyens fonctionnels vétustes ou aux plateaux techniques déficients.

D'un autre côté, le système privé répond aux offres de soins d'une population nantie capable de payer les frais élevés de consultations spécialisées ou d'hospitalisations dans un environnement technique correct. Curieusement, ce sont parfois les mêmes praticiens qui travaillent dans les structures publiques, peu fonctionnelles, que l'on retrouve aussi dans le privé. Cette pratique relativement courante d'une fuite intermittente des praticiens du public vers des structures privées concourt à affaiblir le système en place. Mais c'est la preuve que la réussite du système de soins passe plus par une capacité de gestion et d'organisation que par celle des techniciens de la santé chargés de mettre en œuvre l'appareil sanitaire. A côté de ce système formel de soins, il ne faut pas oublier le rôle important joué par les praticiens traditionnels, dont les prix peuvent tout autant défier toute concurrence comme être à la limite de l'escroquerie. Se faire soigner "à l'indigénat" ou "à la coutume" reste une pratique encore solidement ancrée dans les mœurs des populations gabonaises. Ces soins, qui font souvent appel à la pharmacopée locale à base de plantes médicinales bien étudiées au Gabon, ont lieu parfois lors de séances villageoises plutôt pratiquées à l'intérieur du pays. Les "ngangas", féticheurs, sorciers, ou guérisseurs peuvent — par ignorance — avoir un rôle néfaste dans les chaînes de contamination des maladies transmissibles par le sang (Ebola, Sida) car la pratique des scarifications est couramment utilisée. Pas toujours avec des règles d'hygiène suffisante (partage de lames). Toutefois, ces tradipraticiens essaient de trouver leur place dans l'offre de soins et certains d'entre eux se sont même structurés en associations reconnues.

Le budget consacré à la santé des populations gabonaises représente, pour la part qui concerne le financement assuré par l'Etat, une proportion variant de 6 à 8% selon les années. En 1997 par exemple, le budget d'Etat pour la santé s'est élevé à plus de 34 milliards de FCFA sur un budget total de 532 milliards de FCFA, soit une part de 6,6%. Même si en volume ce budget a subi entre 1996 et 1997 une baisse de 10%, la part consacrée par l'Etat pour la santé de chaque citoyen gabonais représente par an une somme supérieure à 30000 FCFA par habitant. A ce financement d'Etat, il convient d'ajouter des aides extérieures dont la France supporte la plus large part (71% en 1996 et 67% en 1997 : 5 millions de dollars US par an). Le système des Nations-Unies, l'Union Européenne, les coopérations bilatérales apportent également une contribution importante à cette aide, dans laquelle il ne faut pas oublier les contributions des communautés religieuses, ainsi que celles des entreprises dont les plus importantes prennent en charge les soins de leurs employés.

Malgré ce volume financier disponible, sans commune mesure avec ceux appliqués dans les pays voisins, les interventions ne sont pas toujours rationnelles pour être efficaces. Les dépenses engagées pour les soins curatifs représentent 95% des dépenses totales contre 5% seulement pour la prévention.

Avant la dévaluation du Franc CFA, le marché pharmaceutique gabonais se situait à 16 milliards de FCFA. Ce montant des importations de médicaments était de 2 à 5 fois supérieur à celui de certains états africains 3 à 8 fois plus peuplés, mais le Gabon concerne des populations il est vrai à pouvoir d'achat supérieur.

La crise économique des années 90 a entraîné en ce qui concerne le secteur pharmaceutique un redéploiement du marché en raison des coûts élevés des médicaments de spécialités dont l'approvisionnement était habituellement assuré par le marché historique français.

Si après la dévaluation ces ventes ont fortement chuté, le secteur privé semble avoir retrouvé depuis quelques années son chiffre d'affaires d'avant la dévaluation. Un second grossiste répartiteur est désormais présent à Libreville qui compte plus de 30 officines privées. Sur l'ensemble du territoire, près de 60 dépôts pharmaceutiques permettent aux populations d'accéder aux médicaments.

En 1997, le budget consacré au médicaments et produits chimiques par l'Etat s'est élevé à 4 milliards de FCFA.

Bien que de nouveaux systèmes aient pu être proposés notamment en terme structurel et organisationnel, les réponses apportées ont buté sur un certain nombre de problèmes non toujours résolus : centrale d'achats, recouvrement des coûts, appel d'offres, dénominations communes obligeant à se conformer à des normes internationales.

Malheureusement, cette offre thérapeutique en cours de restructuration et de rationalisation gestionnaire s'oppose à des freins. Les problèmes d'assurance de qualité des médicaments ont ainsi été l'occasion pour les opérateurs du secteur privé lucratif de refuser la mise à disposition auprès du public de médicaments génériques de faible coût, refus en réalité motivé par leur faible marge ad valorem ne les encourageant pas à vendre ces médicaments.

De façon plus critiquable, le rapport de 1997 (MSPP, 1997) soulignait pour les dysfonctionnements des circuits d'approvisionnements que : « une grande partie des stocks est détournée, ceci à tous les niveaux ».

Les systèmes issus de l'Initiative de Bamako bien que non remis en cause, s'opposent à quelques difficultés concernant pour le secteur du médicament, le retard à la mise en place des réformes des réglementations. En tout état de cause, aucune des grandes réformes qui ont été mise en place dans la majorité des pays les ayant adoptées, ne l'a été au Gabon.

Le concept de soins de santé primaire n'a été en fait ni intégré ni diffusé dans les mentalités des acteurs de santé et aucune modification structurelle n'a été constatée. Ainsi par exemple, à Libreville, les centres de santé fonctionnent sur un mode bicéphale, d'un côté mode "dispensaire" de l'autre mode "protection maternelle et infantile", avec chacun leur gestion propre.

Le concept de recouvrement des coûts n'a eu jusqu'à présent aucun début de réalisation, même si des expériences ont montré leur faisabilité sous régime de gestion contrôlée.

Dans le secteur pharmaceutique, des mutations structurelles intérieures ont permis d'asseoir les bases d'un système plus performant. Une Direction du Médicament et de la Pharmacie (DMP) a été créée, faisant suite à la création de l'Office Pharmaceutique National (OPN), et l'Inspection des Pharmacies a été intégrée dans l'Inspection Générale de la Santé.

C'est dire que "matière première" de l'offre de soins, la politique du médicament qui se veut ambitieuse, constitue dans son application un test de la capacité de l'Etat à mieux structurer le système sanitaire. Faute de pouvoir offrir aux populations un médicament de qualité à un prix accessible et contrôlé, ces populations risquent de se tourner massivement vers des pratiques — qui ont déjà cours d'ailleurs — d'automédication, d'achat sur des marchés illicites. Ces pratiques peuvent certes présenter des dangers individuels mais avoir aussi des conséquences graves sur la santé publique, ainsi que nous le faisons remarquer récemment un pharmacien avec une croissance notable de la résistance de certains germes aux antibiotiques.

Les problèmes majeurs de santé

Parmi les problèmes sanitaires majeurs auxquels les populations gabonaises doivent faire face, nous pouvons distinguer des causes majeures de mortalité, des maladies transmissibles graves et un ensemble d'affections ayant surtout un poids en terme de morbidité. Nous ne parlerons pas ici des maladies sexuellement transmissibles dont l'infection par le VIH, ni des épidémies à virus Ebola qui seront abordées plus loin.

Parmi les causes majeures de mortalité, il est un couple particulièrement exposés à leurs effets : le couple mère-enfant. Ainsi, malgré certains progrès, les principaux indicateurs de la santé des enfants et des femmes (taux de mortalité infantile, infanto-juvénile et maternelle) restent très préoccupants au Gabon, surtout si on considère le PIB par habitant.

Le taux de mortalité infantile (nombre de décès avant 1 an) est estimé à 99 pour mille. Ceci signifie qu'un enfant sur 10 meurt avant son premier anniversaire, la plupart du temps d'ailleurs dans sa première semaine de vie. Ce chiffre est de 82 pour mille au Congo-Brazzaville (où les dépenses de santé sont dix fois moins élevée par habitant), de 69 pour mille au Cameroun.

Le taux de mortalité infanto-juvénile (nombre de décès avant 5 ans) supérieur à 200 pour mille jusqu'au début des années 70 est actuellement estimé à 54 pour mille. Ce taux élevé est un indicateur pertinent du niveau de développement car il est une résultante de facteurs nombreux comme entre autres les revenus et l'éducation des parents, la nutrition et l'accès à l'eau potable.

Le taux de mortalité maternelle est estimé à 600 décès pour 100.000 naissances vivantes, aussi élevé que pour des pays ayant un PIB huit fois moins élevé. Au Cameroun par exemple, ce taux est de 430.

Ces chiffres indiquent la vulnérabilité du couple mère-enfant au Gabon.

Parmi les causes directes de mortalité chez les enfants on retrouve la prématurité, les diarrhées, le paludisme, les infections respiratoires, la rougeole. Toutes ces causes s'expliquent tant par le manque de suivi de la femme enceinte que par l'ignorance de gestes simples comme la réhydratation par voie orale ou par le retard mis à aller consulter quand l'enfant est malade. Les défaillances et les insuffisances des services de santé maternelle et infantile participent aussi à cette mortalité excessive.

Des efforts sont pourtant réalisés afin de limiter cette vulnérabilité des enfants. Les récents résultats des journées nationales de vaccination contre la poliomyélite ont montré qu'une mobilisation générale pouvait porter ses fruits. En 1998, dans la province de l'Estuaire, le Ministère de la Santé a pu annoncer un taux de couverture vaccinale pour le VPO dépassant les 80% au deuxième passage chez les enfants de 0 à 59 mois, bien loin des 48% de couverture annoncée pour 1995 au niveau national.

A côté des causes infectieuses de mortalité chez l'enfant, il faut noter celle liée à la drépanocytose évaluée à 12,6%. Cette maladie occupe le troisième rang des admissions en pédiatrie et on l'évalue à 50.000 à

Libreville le nombre d'enfants drépanocytaires. Le trait drépanocytaire est très présent dans la population générale (24%) et 2,2% de cette population est homozygote pour cette hémoglobinopathie (Thuilliez, 1997).

Pour les femmes, même si le paludisme est lui aussi une cause de mortalité, ce sont essentiellement les complications des grossesses et des accouchements qui jouent un rôle important dans les étiologies mortelles. Au Gabon en effet, l'interruption volontaire de grossesse est interdite par la loi. Néanmoins, un des principaux motifs d'hospitalisation dans les services de gynécologie sont les avortements. Parfois, ils s'effectuent de manière clandestine par des soignants non qualifiés ou "au quartier" par des méthodes traditionnelles aux pratiques dangereuses. On estime qu'une femme sur deux a subi au moins un avortement, souvent motivé parce que la grossesse est illégitime, parce que les moyens financiers sont insuffisants pour élever l'enfant à naître ou parce qu'il s'agit de jeunes filles mineures qui veulent poursuivre leurs études. Le nonaccès aux moyens de contraception dont une loi — au nom de l'intérêt démographique — interdit la promotion joue un rôle important dans cette prévalence élevée des avortements.

Chez l'adulte, les causes principales de mortalité se retrouvent dans les hépatopathies dues à l'alcool mais dues aussi aux conséquences des infections par les virus de l'hépatite B et C. Dans la population générale, la prévalence de l'AgHBS avoisine 10% et celle de l'hépatite C dépasse les 25% dans la population des plus de 54 ans. D'autres pathologies comme les cardiopathies valvulaires post-rhumatismales, les conséquences de l'hypertension artérielle, les cancers du col utérin chez la femme sont des causes fréquentes de mortalité.

Parmi les affections transmissibles graves, nous mettrons à part le paludisme qui reste certainement encore — mais le Sida lui partage de plus en plus cette place — la cause première des affections morbides et mortelles. On estime à 100.000 cas par an, mais ce chiffre est sous-évalué, le nombre d'accès déclarés. Le Plasmodium falciparum est le plus prévalent masi on trouve aussi P. ovale et malarie. Il s'agit d'un paludisme holoendémique et à transmission pérenne aux conséquences souvent fatales dans le couple de la mère et de l'enfant. Près de 7 femmes enceintes primigestes sur 10 sont porteuses de l'hématozoaire et le Plasmodium est responsable de plus de 40% des fièvres de l'enfant de moins de 10 ans, avec une mortalité hospitalière de 10%. Il existe au Gabon un Programme National de Lutte contre le Paludisme, dont le rôle est de coordonner les activités de lutte et notamment d'intégrer dans les formations sanitaires les directives de prise en charge thérapeutiques des accès palustres. Malheureusement, l'automédication souvent à dose et durée inadaptées est trop fréquente et ouvre la porte à des résistances qui se développent. A Lambaréné, au sein de l'Hôpital Albert Schweitzer existe une unité de recherche sur cette parasitose. Animée pour l'essentiel par des chercheurs allemands (Tübingen) et autrichiens (Vienne) cette unité publie régulièrement les résultats de ses études centrées sur la chimioprophylaxie de l'enfant ou sur l'évaluation des résistances (Philipps, 1998 ; Lell, 1998).

Parmi les autres affections parasitaires présentes au Gabon, la trypanosomiase semblait contrôlée en 1990 avec moins de 100 nouveaux cas par an. Elle sévit dans deux foyers : celui de l'Estuaire près de Libreville qui compte 16.000 personnes exposées et celui de l'Ogooué-Maritime près de Port-Gentil (4.500 personnes exposées). Le Programme de Lutte contre la Trypanosomiase a perdu de son dynamisme dans les capacités d'un dépistage actif, et en 1998, six cas ont été notifiés en stratégie passive de diagnostic. Entre 1992 et 1997, un total de 237 malades sommeilleux ont été dépistés au Gabon, dans près de 50 villages, sur les 5939 cas notifiés par 6 pays d'Afrique Centrale : RCA, Tchad, Guinée-Equatoriale, Cameroun, Congo, Gabon..

D'autres affections parasitaires sont également présentes au Gabon et ont un impact en terme d'incapacité et de coût thérapeutique : bilharziose, loase, nématodose intestinale, amibiase. Parmi ces parasitoses, l'onchocercose sévit dans 11 foyers répertoriés où l'on estime que 60.000 personnes sont infestées.

Enfin, un particularisme viral au Gabon réside dans la forte prévalence de l'infection à HTLV-1. Cette prévalence (8,5%), plus élevée en zone rurale qu'en zone urbaine, est du niveau des zones les plus touchées dans le monde comme le Japon et les Caraïbes, pour atteindre près de 25% dans les tranches d'âge supérieure à 60 ans (Le Hesran, 1994).

Conclusion

Ce survol de la situation sanitaire gabonaise permet de mesurer les défis que la Gabon doit relever dans le domaine de la santé. Confrontées, dans une zone tropicale véritable "bouillon de culture", à de multiples pressions infectieuses et parasitaires, et prenant de plus en plus en zone urbaine les masques des pathologies occidentales (cardiovasculaires et hépatiques liées au tabac et à l'alcool notamment), les

Gabonais n'ont malheureusement pas encore à leur disposition toutes les facilités de prise en charge thérapeutique efficace qu'ils seraient en droit d'attendre de leur pays, au premier rang des économies africaines. La panoplie existe pourtant, parfois à la pointe des techniques (unité de télé-médecine, scanner, unité de cobaltothérapie, centre de recherches), mais il convient encore de l'ajuster aux réalités afin que ces beaux habits dont dispose le pays ne soit pas simplement confectionnés pour la beauté de l'être, mais bien pour servir les populations qui en ont les besoins les plus urgents.

Le Sida au Gabon

Le Gabon a-t-il été protégé par la forêt tropicale de l'explosion de l'épidémie africaine de Sida, ou bien est-il le pays d'où est parti le cas index africain comme certains l'ont à un moment avancé (Myers, 1992) ? Alors que dans d'autres pays d'Afrique Centrale, l'épidémie — comme un feu violent —, a embrasé l'horizon, le Gabon a dans un premier temps connu une modération dans cette montée en puissance de l'infection : un démarrage passant presque inaperçu par rapport aux effets de la maladie dans les pays voisins. Cette situation a sans doute créé un malentendu dans le pays, malentendu qui a fait croire que, ainsi que l'avait annoncé un ministre de la République à la fin des années 80 : « les Gabonais sont naturellement immunisés contre le Sida ». Une telle annonce eut de quoi rafraîchir les ardeurs les plus fortes qui cherchaient à promouvoir des actions de lutte dans ce pays. Bien sûr, sous la pression de l'Organisation Mondiale de la Santé et de son Programme Global contre le Sida (Global Program against Aids), le Gabon mit sur pied les structures institutionnelles aptes à coordonner les activités de contrôle de l'épidémie. Ainsi naquit dès 1986, le Programme National de Lutte contre le Sida. Il faudra pourtant attendre juin 1993 pour que le texte d'application de cette naissance soit promulgué, institutionnalisant définitivement la lutte contre le Sida au Gabon. Qu'importe, des initiatives essayèrent de développer dans un premier temps des prises de conscience locales, même si ces premières actions durent faire face à une incrédulité majorée par un défaut d'information sur le sujet.

Dans un pays fait de paradoxe, celui-ci en était un de plus. Alors que des mesures énergiques prises dès les premières confirmations de l'existence de l'épidémie auraient pu la contenir, à l'image de ce qui s'est passé au Sénégal, le Gabon se cantonna doucement à des actions malheureusement trop timides. Il fallut attendre 1997 pour voir une première fresque publique arborer sur un mur de la capitale des messages de prévention. Et même, si en 1994 des spots télévisés prônaient l'usage du préservatif sur un ton humoristique, ces images trop brèves ne donnaient alors qu'un coup d'épée dans une eau déjà bien sombre. Les Gabonais à l'époque ne croyaient pas au Sida.

L'ÉPIDÉMIE GABONAISE

A la fin de l'année 1999, les estimations du nombre de personnes vivant dans le monde avec le virus du Sida portent sur 33,6 millions de sujets. En 1999, 5,6 millions de nouvelles contaminations et 2,6 millions de décès ont été enregistrés dans le monde. Au total, depuis le début de l'épidémie, le Sida a tué 16,3 millions de personnes sur la planète (ONUSIDA, 1999).

L'Afrique subsaharienne paie un lourd tribut à cette épidémie avec à la fin de l'année 1998, une estimation de 22,5 millions de personnes infectées sur les 33,4 millions dans le monde. Depuis le début de l'épidémie, on estime que 11,5 millions de personnes sont mortes du Sida en Afrique.

Le Gabon n'est pas épargnée par cette épidémie. Même si la situation épidémiologique du Sida au Gabon a longtemps été considérée comme stable et d'un niveau de faible prévalence (Delaporte, 1996), l'analyse des données récentes montre que cette situation est en fait plus inquiétante qu'il n'y paraissait jusque-là.

Dans son rapport (UNAIDS, 1998) daté du 1er juin 1998, l'ONUSIDA estimait à 23.000 le nombre de sujets vivant au Gabon fin 1997 avec le virus du Sida (la moitié se situant à Libreville). Rapportée à la population sexuellement active la séroprévalence pouvait être estimée à 4,3%. Mais les modélisations épidémiologiques estiment à 27.600 le nombre de séropositifs au Gabon en 1999 et à plus de 30.000 en l'an 2000, soit plus de 6% dans la tranche d'âge des 15 à 49 ans.

Les estimations issues des projections modélisées jusqu'en l'an 2000 sont là pour témoigner de cette progression :

année	nombre d'adultes infectés	pourcentage des 15 à 49 ans
1995	15 958	2,90 %
1998	24 712	5,00 %
2000	30 518	6,64 %

Jusqu'à la fin des années 80, le Gabon se caractérisait par une situation épidémiologique du Sida de prévalence basse, illustrée par les résultats de 3 enquêtes (Louis, 1992) : 1,8% en 1986, 2,3% en 1989, 2,7% en 1991.

Contrairement aux autres pays de la sous-région, en l'occurrence la République Démocratique du Congo, le Rwanda, le Burundi, le Congo entre autres, qui ont vu leurs épidémies flamber en raison, notamment de forts brassages de populations favorisés par des situations et des contextes sociaux défavorables : guerres, réfugiés..., le Gabon lui, voit l'épidémie augmenter progressivement mais sûrement, sans explosion brutale, mais avec une extension dans toutes les sous-couches de populations, notamment urbaines. Cette caractéristique de progression de l'épidémie a aussi été mise en évidence en province (Bertheau, 1993).

En 1996, une étude (Bertherat, 1998) séroprévalente dans 5 villages aurifères de l'Ogooué-Ivindo a mis en évidence un taux de 2,2% de personnes infectées par le VIH.

Cette notable progression de l'épidémie se traduit par une augmentation de la charge hospitalière des patients infectés et de ceux développant la maladie. Ainsi, si en 1991, la charge hospitalière des patients infectés par le VIH étaient de 2,3% (Perret, 1991), cette charge est passée à 23% en 1997 (Okome, 1997).

Cette situation épidémiologique est néanmoins hétérogène et les niveaux d'infection diffèrent dans les sous-types de population en raison de comportements à plus haut risque de contamination : niveau d'infection supérieur en milieu urbain, niveau d'infection supérieur dans les populations exogènes (migrants africains) souvent en raison d'un plus faible accès à une information préventive, niveau supérieur dans certains sous-groupes de populations (prisonniers, prostituées, personnes atteintes de MST classiques, militaires, populations sans emploi).

Dans ces populations vulnérables, les prévalences sont estimées à :

plus de 5% chez les femmes enceintes, plus de 6% chez les prisonniers, plus de 15% chez les consultants pour MST classiques, plus de 30% chez les prostituées.

Une fois encore, l'étude des prévalences dans des populations sentinelles à haut risque de contamination montre une augmentation de cette épidémie. Si la prévalence est restée stable entre 1986 et 1994 chez les prisonniers (Delaporte 1996) avec des taux entre 2,1 et 2,6%, cette situation prévalente était de 6,3% en 1997 (Malonga-Mouelet, 1997). Et dans cette dernière étude, la moitié des prisonniers avaient moins de 6 mois d'incarcération, pouvant donc refléter une situation prévalente dans des populations extérieures à la prison.

En 1999, il n'existe au Gabon aucune obligation réglementaire de déclaration des cas de Sida-maladie diagnostiqués par les médecins ou des sérologies positives mises en évidence par les laboratoires d'analyses. Toutefois, depuis 1997, un réseau de surveillance par des laboratoires sentinelles permet d'évaluer des tendances de l'épidémie au Gabon. En 1999, 18 laboratoires pratiquant des tests sérologiques de dépistage participent à ce réseau animé par le département épidémiologie du Programme National de Lutte contre le Sida. Chaque test de dépistage pratiqué donne lieu au renseignement d'une fiche de recueil anonyme de données avec lorsque le test est réalisé la notification de son résultat. Ces données sont alors analysées au niveau central et permettent de mieux caractériser les populations infectées.

Ainsi, en 1997, les données issues de ce réseau (Milleliri, 1998) avaient permis de notifier 932 sérologies positives sur 6392 fiches individuelles de résultats de test. Selon les motifs de dépistage, les prévalences suivantes étaient relevées :

motif	nombre de tests effectués	nombre de tests VIH+	prévalence par motif (%)
don de sang	3600	271	7,5
femmes enceintes	309	17	5,5
MST	130	22	16,9
suspect clinique	828	399	48,2

En 1998, ce réseau a permis de notifier 1210 sérologies positives sur 8529 tests analysés avec une augmentation des cas de sida-maladie notifiés.

Dans le cadre de ce réseau de laboratoires, les données provenant des postes sentinelles provinciaux mettent en évidence une augmentation des taux d'infection :

- labo. de l'hôpital Schweitzer (Lambaréné, Moyen-Ogooué) ;
don de sang = 4,1% (17/414)
- labo. de l'hôpital Paul Igamba (Port-Gentil, Ogooué-Maritime) ;
dépistage spontané = 4,3% (3/70)
- labo. de l'hôpital provincial (Franceville, Haut-Ogooué)
tout motif de dépistage = 7,9% (30/382)

Au Gabon, la transmission à majorité hétérosexuelle rend compte d'un sex-ratio presque équivalent entre les sexes.

Les pics des infections chez les sujets atteints se situent dans la tranche d'âge des 25 à 34 ans chez les femmes et dans celle des 30 à 39 ans chez les hommes. Plus de 80% des sérologies positives notifiées se situent dans la tranche d'âge des 15 à 49 ans. Plus de 60% des infections sont diagnostiquées au stade de Sida-maladie.

Les populations les plus touchées sont concentrées dans les pôles d'attraction urbaine : Libreville (Estuaire), Port-Gentil (Ogooué-Maritime), Franceville (Haut-Ogooué) et Lambaréné (Moyen-Ogooué), qui représentent 90% des infections dépistées, mais toutes les provinces du Gabon sont concernées.

Au 30 septembre 1999, le Gabon a officiellement notifié à l'OMS/ONUSIDA un total cumulé de 3121 cas de Sida-maladie (601 en 1996 et 559 en 1997, 701 en 1998, 194 en début d'année 1999), dont on sait la sous-évaluation de la réalité en l'absence de systématisation des déclarations par les structures de soins.

Le VIH1 est le plus représenté avec 95% des infections, 3% d'infections par le VIH2 et 2% de co-infections VIH1+2.

LES ACTIVITES DE PREVENTION

Actions d'information et de sensibilisation du public

Basées essentiellement au départ sur des actions visant à faire prendre conscience aux Gabonais de la réalité de l'épidémie de Sida au Gabon, les activités d'information et de sensibilisation ont heureusement pris de l'ampleur ces dernières années. Appuyées par les stratégies d'un premier plan à moyen terme puis d'un second pour la période 1997-1999, le Programme National de Lutte contre le Sida (PNLS) a essayé de développer des actions de communication sur le sujet.

En juin 1996, appuyée par la Coopération Française, une manifestation populaire intitulée "quinze jours pour convaincre" a sillonné la capitale avec des activités culturelles et sportives permettant de drainer un large public vers une information sur le Sida. Spécialement pour l'occasion, le Professeur Luc Montagnier est venu donner des conférences qui ont eu un grand succès d'affluence, témoignant de l'intérêt des professionnels de la santé et d'une grande partie des populations pour le sujet. L'épouse du Président de la République, Madame Edith Lucie BONGO est venue en personne clôturer à la Foire Internationale cette manifestation, qui a fait l'objet de nombreux articles dans la presse locale. A cette occasion, elle s'est exprimée tant en tant que Première Dame du Gabon qu'en médecin qu'elle est, en déclarant : « Ne nous voilons plus la face. Le Sida est bel et bien au Gabon... Ne rejetons pas les patients infectés qui ont besoin de toute notre aide et de notre affection ».

Les différentes actions de ces quinze jours ont certainement su sortir de la torpeur ceux et celles qui n'étaient pas encore persuadés de cette malheureuse réalité. Mais en 1996, le virus circulait déjà fortement.

Parmi les actions de sensibilisation les plus marquantes figurent celles impliquant les médias gabonais. Les journalistes et les organes de presse ont compris le rôle qu'ils pouvaient tenir dans le contrôle de l'épidémie, et ils se sont engagés dans ce combat (Niyonsavye, 1997). Dès lors, très régulièrement, le sujet est traité dans la presse, notamment dans le journal L'UNION ou sur les chaînes nationales radio-télévisées.

Le point d'orgue de cette capacité de mobilisation des médias a sans doute été la grande soirée du 31 octobre 1998, organisée à l'initiative de l'association "Sida Zéro" qui regroupe des patients porteurs du virus du Sida. Pendant plus de sept heures d'antenne et pour la première fois en Afrique centrale, en direct sur les deux chaînes de télévision nationales ainsi que sur un canal privé, des plateaux ont permis des prises de parole sur le sujet. Ce sont ainsi succédés des ministres du gouvernement de l'époque, des professionnels de la santé, des membres d'associations engagées dans la lutte contre le Sida, des acteurs sociaux. Les Eglises se sont également exprimées pour dire la nécessité d'accompagnement des personnes infectées. Des spécialistes internationaux avaient fait le déplacement jusqu'à Libreville pour donner encore plus de poids à cette grande veillée : de France, le Professeur Marc Gentilini, président de la Croix Rouge Française et président fondateur de l'Organisation PanAfricaine de Lutte contre le Sida (OPALS), de Côte d'Ivoire, le Professeur Auguste Kadio, président de Conférences Internationales sur le Sida en Afrique, du Canada, le Docteur Michel Bouchard, président de la Fondation Sida Secours. La soirée a atteint ses objectifs et a permis des témoignages à visage découvert de Gabonais infectés lesquels sont venus dire tout ce qu'ils espéraient des actions de prise en charge annoncées en début d'année par le Gouvernement. En décembre 1999, un film de 52 minutes retraçant les moments forts de cette soirée de 1998 a été réalisé. Une copie de ce film a été offerte à toutes les chaînes de télévision du Gabon, désormais au nombre de quatre, afin de pouvoir être diffusé en direction des populations.

Dans ces actions de sensibilisation, les associations et les acteurs de la société civile tiennent de plus en plus un rôle important. Sans se désapproprier la nécessité de coordonner les activités de prévention, le ministère de la santé en charge de la lutte contre le Sida, a compris la nécessité qu'il y avait de démultiplier les opérateurs de terrain. Ce rôle est grandement dévolu aux associations gabonaises qui relaient ainsi les messages d'information auprès de populations moins accessibles par l'administration. Plus de 30 opérateurs associatifs menant ou ayant menés depuis 4 ans des activités préventives sont ainsi répertoriés. Deux associations de séropositifs ont vu le jour en 1998, et même si par rapport à certains pays d'Afrique de l'Ouest comme la Côte d'Ivoire, ces initiatives paraissent un peu tardives, elles ont le mérite de montrer qu'un déclic a eu lieu et que sans doute la volonté de rattraper un certain retard est engagée. Dans la province de la Nyanga par exemple, à Tchibanga, les élèves du Collège Horizons, membre des Clubs UNESCO, ont entrepris l'animation de regroupements d'élèves pour sensibiliser d'autres élèves sur le Sida. Au mois de décembre 1999, ils ont organisé des manifestations culturelles sur ce thème auxquelles ont pris part les autorités de la ville : gouverneur, préfet, maire et directeur régional de la santé. C'est dire que désormais le Sida au Gabon est l'affaire de tous.

A côté des actions de terrain dont il faut malheureusement aussi reconnaître qu'elles n'ont pas toujours suffisamment d'ampleur surtout en provinces (même si des initiatives se développent de plus en plus), la volonté du Gouvernement se manifeste très ouvertement dans son désir de mener des actions d'envergure contre l'épidémie. Lorsque la volonté politique s'exprime aussi fortement, les acteurs de terrain se sentent appuyés dans leur légitime combat. Cette situation récente contraste avec celle existante il y a encore peu de temps. Ainsi, dans son message à la Nation du 16 août 1999, à la veille de la commémoration de l'anniversaire de l'Indépendance, le Président Omar BONGO a déclaré : « ... quant au fléau du Sida, j'ai décidé la mise en place d'une commission interministérielle présidée par le Premier Ministre ; elle aura pour objet de rechercher de nouvelles approches de lutte contre cette pandémie, notamment au niveau de l'aide à apporter aux malades... ».

Le Sida n'est donc plus en 1999 un sujet tabou. Les nombreux supports qui voient désormais s'afficher des messages pour la prise de conscience, pour le changement de comportement à risque ou pour l'utilisation du préservatif, témoignent de cette mutation opérée en peu de temps. Panneaux d'affichage en quartiers populaires, autocollants pour taxis, affiches dans les lieux publics, banderolles, tracts, dépliants, bandes dessinées, spots et émissions télévisées sont autant de moyens prouvant que le sujet peut être discuté sans contrainte.

Le dépistage précoce et le traitement des MST

Les actions à Franceville

Les Maladies Sexuellement Transmissibles (MST) classiques : gonococcies, syphilis, chlamydiaes, chancres mous... affectaient la santé des populations du Gabon bien avant la découverte du VIH et le développement de l'épidémie de Sida. Dans le Haut-Ogoué, une étude du début des années 80 (Yvert, 1984) avait mis en évidence la forte prévalence des MST classiques dans les populations avec notamment un taux d'isolement de *Neisseria gonorrhoeae* chez les femmes enceintes présentant une fréquence en excès

de 1500 cas par an pour 100.000 femmes. L'incidence de ce germe était évaluée à l'époque dans les différents dispensaires à 440 cas pour 100.000 habitants avec un sex-ratio de 4,6 en faveur des hommes et une tranche d'âge prédictive des 15 à 20 ans. Les analystes voyaient dans ces forts taux de MST les causes de non développement démographique du Gabon, lié aux conséquences de ces MST sur la fécondité. Ce problème majeur de santé publique fut entre autre à l'origine de la création de Centre International de Recherches Médicales de Franceville (CIRMF), dont la mission originelle était de trouver les causes et/ou les facteurs pouvant expliquer ce faible taux de fécondité gabonais. Dès son démarrage, le CIRMF a interpellé les responsables de la Santé Publique du pays afin de mettre l'accent sur le dépistage et la prise en charge précoce de ces MST classiques auprès de la population sexuellement active.

Ainsi en 1990, 15.800 cas de maladies vénériennes ont été officiellement déclarés chez les plus de 15 ans, soit un taux de prévalence de 2,8%, chiffre en deçà de la réalité en l'absence de système national de surveillance des MST.

En janvier 1996, une enquête séroprévalente menée à Franceville (Bertherat, 1998) a mis en évidence que plus de 13% de la population sexuellement active présentaient une sérologie positive pour l'une au moins des 4 MST recherchées alors : VIH, HTLV, chlamydia, syphilis. En dehors de Libreville, où en 1995 et 1996, avait démarré un projet-programme de dépistage actif des MST chez les femmes enceintes (programme en sommeil depuis 1997) appliquant un algorithme clinique basé sur des facteurs de risque (Bourgeois, 1996), aucune structure spécifique n'existait notamment en province. Dans ce projet-programme financé par l'Union Européenne, la prévalence des MST classiques chez les femmes enceintes avait été mesurée à : 11% pour les chlamydias, 4% pour les gonococcies, 5% pour la syphilis, 15% pour les trichomonases et 9% pour les candidoses. Mais, le dépistage et le traitement de ces MST étant en théorie dévolus au sein des activités sanitaires de routine, dans un souci d'intégration et de non marginalisation de ces pathologies, cette expérience en centre de protection maternelle et infantile ne s'est pour l'instant pas développée.

Néanmoins, au début de l'année 1997, le CIRMF en collaboration avec le Service des Grandes Endémies et en accord avec le PNLS/MST, a décidé de mettre en place une consultation spécialisée au Centre Médical de l'Université des Sciences et Techniques de Masuku (USTTM) à Franceville. Le but était de drainer vers cette consultation spécialisée une grande partie de la population jeune, sexuellement active et donc cible privilégiée de ces pathologies. Compte tenu du coût peu élevé de la consultation, comprenant des examens biologiques de diagnostic et un traitement si nécessaire (entre 4000 et 5000 FCFA), nous avons été vite débordés par le nombre de patients, dès l'ouverture du centre ainsi que tout au long de l'année. Nous avons exigé de l'équipe médicale impliquée dans ce projet une totale confidentialité et un respect strict du secret médical, et ce d'autant plus que dans une petite ville de province comme Franceville tout le monde se connaît. Nous avons codé les fiches patients ainsi que les prélèvements afin que seul le médecin et le patient détiennent l'information concernant le résultat de l'examen.

Les résultats nés de cette activité de consultation spécialisée à Franceville ont montré que les infections à Chlamydia trachomatis sont très présentes, plus chez les femmes que chez les hommes : 40% des femmes prélevées présentaient une infection active pour ce germe. La prévalence de l'infection par le VIH a fait un bond de près de 70% passant de 5,6% en 1997 à 9,5% en 1998 dans cette population. Seul le VIH1 a été retrouvé, mais le réseau de surveillance mis en place par le PNLS a notifié une augmentation de la circulation du VIH2 dans le pays. A Franceville, les autres infections comme la syphilis, les candidoses vaginales sont aussi représentées mais dans une moindre mesure. Il faut cependant noter l'émergence de pathologies telle que l'infection par Mycoplasma/Ureaplasma, qui n'était pas recherchée jusqu'alors ; nous en avons retrouvée chez environ 48% de l'échantillon de patients que nous avons testés. Ce chiffre corrobore, les résultats trouvés à Libreville dans le cadre de l'activité du laboratoire de la Faculté de Médecine des Sciences de la Santé (FMSS), où Ureaplasma urealyticum a été le germe le plus isolé en 1998 avec 43% des identifications parmi 150 patients présentant des signes de MST (Ndjoyi, 1999).

A Franceville, toujours dans le cadre de la consultation à l'USTTM, nous avons constaté que environ 15% des patients ne se sont pas représentés pour connaître leurs résultats, alors qu'ils étaient venus de leur plein gré et qu'ils avaient payé pour bénéficier d'une consultation. En menant une enquête parmi ces personnes, cette "fuite" résulterait de la peur d'apprendre les résultats de leurs prélèvements même si ceux-ci ne concernaient que des pathologies parfaitement curables. L'équipe médicale a tiré comme enseignement de ce comportement que le message délivré à la population sur la prise en charge précoce des MST n'avait pas tout à fait atteint son but, et que tout en nécessitant une campagne de sensibilisation sur le sujet, il convenait aussi d'accroître qualitativement le "counseling" médical en consultation.

Nous avons aussi noté qu'un certain nombre de consultants (6,5%) se sont représentés l'année suivante avec des pathologies identiques à celles pour lesquelles ils avaient été traités un an auparavant. De plus, 12% d'entre eux s'étaient infectés par le VIH durant ce laps de temps, illustrant la susceptibilité des MST classiques dans la contamination par le VIH, mais aussi et malheureusement le peu de réponse à l'information d'une frange de cette population traitée pour MST.

En ce qui concerne l'infection à Chlamydia, la prévalence élevée de cette infection doit interpellier les autorités de Santé Publique. En effet, cette pathologie est une des premières causes de stérilité, notamment en raison des complications qu'elle génère au niveau de l'appareil génital chez la femme. C'est comme si, 20 ans après les premières études menées par le CIRMF sur les problèmes de stérilité et les recommandations faites aux responsables de la Santé Publique, le message n'était toujours pas passé. En tout cas, pas suffisamment traduit par des actions concrètes pour une meilleure prise en charge de ces MST. La tendance remarquée chez les patientes, est qu'elles commencent très jeunes (parfois dès la puberté) une activité sexuelle notable (en l'absence d'information sur la contraception : il n'existe pas de structure de planning familial à Franceville). Dans la plupart des cas, une grossesse a lieu, parfois dès l'âge de 13 ans pour certaines, parfois aussi plus tôt (en 1999, une jeune fille de 11 ans a accouché dans le Woleu-Ntem). Une des conséquences, est que l'adolescente prend alors du retard au niveau de sa scolarité. Par ailleurs, cette grossesse non maîtrisée représente une charge supplémentaire pour la mère de la jeune adolescente, qui doit non seulement subvenir au besoin de sa famille mais aussi à ceux du futur bébé, souvent avec un seul salaire. Puis, vers l'âge de 20 à 23 ans, lorsque l'adolescente devenue femme éprouve le besoin de concevoir à nouveau, elle présente une stérilité secondaire, conséquence des infections répétées à Chlamydia trachomatis, acquises pendant leur adolescence et qui n'ont pas été prises en charge à temps. Et il arrive aussi que cette jeune femme soit contaminée par le VIH, ainsi que l'illustrent les données du réseau de surveillance montrant que sur l'ensemble des infections notifiées chez les femmes depuis 1997, 40% concernent la tranche d'âge des 20 à 44 ans.

A Franceville, nous avons décidé d'instaurer une collaboration étroite avec certains médecins locaux ainsi qu'avec une jeune volontaire du Corps de la Paix des USA, responsable de la diffusion des préservatifs dans la province. En effet, à la fin de la première année, la demande de plus en plus croissante de la population en matière de consultation, nous a fait comprendre qu'il était nécessaire d'impliquer des acteurs locaux à cette activité de prise en charge, afin que la structure se pérennise après notre départ. Le succès a été mitigé dans le sens où peu de nos collègues gabonais étaient intéressés par cette activité. Aucune raison n'était ouvertement avancée mais officieusement, ils n'étaient pas intéressés car il s'agissait d'une activité peu rémunératrice pour eux (volontariat / bénévolat). Nous avons aussi compris plus tard que certains d'entre eux appréhendaient de travailler dans cette structure. En effet, ils n'avaient pas reçu une formation adéquate sur la prise en charge du VIH, sur l'approche psychologique de préparation et d'annonce d'un résultat positif ainsi que sur le suivi d'une personne infectée. C'est ainsi que certains médecins, pratiquaient le dépistage du VIH à l'insu du patient, et gardaient les résultats par devers eux sans en informer le malade. Outre les aspects éthiques que cette conduite soulève, cette pratique n'avait que l'intérêt d'informer le médecin sans même participer à la rupture de la chaîne de contamination grâce à la connaissance de son statut par le malade. D'un autre côté, certains médecins refusaient de faire le dépistage de l'infection arguant d'une part qu'il n'existait aucune directive gouvernementale pour la prise en charge des patients infectés, et d'autre part que ce dépistage ne profitait pas aux patients car ceux-ci n'avaient pas accès aux antirétroviraux, trop chers pour eux.

De toute façon, à Franceville, il n'existe pas de médecin référent pour la prise en charge des patients infectés par le VIH. Ce fait amène les malades tout de même informés de leur statut sérologique et qui possèdent des moyens financiers suffisants, à partir se faire soigner sur Libreville où quelques médecins se sont mis à assurer un suivi de l'infection.

Sur Franceville, en collaboration avec la volontaire du Corps de la Paix présente sur place, nous avons donc initié des programmes de sensibilisation aux moyens de causeries, non seulement auprès des jeunes mais aussi auprès de la population générale de la province, tant en milieu urbain qu'en milieu rural. Le sentiment qui se dégage est que les jeunes sont très demandeurs d'information mais que paradoxalement les tranches de population de 25 à 34 ans chez les femmes et de 30 à 39 ans chez les hommes sont moins intéressés sur le sujet ; ceci explique qu'actuellement, il s'agit, par genre, des tranches de population les plus touchées par le VIH en proportion. Ces tranches d'âge d'adultes jeunes utilisent peu les préservatifs tout en ayant des partenaires multiples dans une société gabonaise où la polygamie est de fait un mode de contact social très répandu.

Marketing social du préservatif

Le préservatif constitue pourtant un moyen efficace d'éviter une contamination par voie sexuelle. Dans des populations gabonaises, où la prévalence des maladies sexuellement transmissibles classiques est importante, notamment les chlamydias et les gonococcies (Bourgeois, 1996), le dépistage et le traitement de ces MST tout autant que le développement de la promotion de l'utilisation du préservatif constituent des stratégies nécessaires à la limitation des infections par le VIH.

En l'absence de programme de marketing social d'envergure, il n'existe malheureusement pas encore au Gabon une suffisante disponibilité et accessibilité du préservatif au plus près des populations. Bien sûr, certains freins culturels sont présents et toutes les populations ne sont pas encore convaincues de la

nécessité de son emploi pour se protéger du Sida. Mais de récentes enquêtes ont montré une progression de cette prise de conscience.

Pour répondre à une demande de plus en plus forte des populations le gouvernement a alloué dans le budget 97 une somme de plus de 200 millions de FCFA ayant permis l'achat de 6 millions de préservatifs. La diffusion de ces préservatifs s'est appuyée sur le réseau des volontaires du Corps de la Paix des États-Unis (Peace Corps) présents en nombre à l'intérieur du pays et aussi sur les directions régionales de la santé chargées en province de relayer les actions de santé mise en œuvre par le ministère. Récemment, le Pari Mutuel Urbain Gabonais (PMUG) — qui organise des paris sur les courses de chevaux qui ont lieu en France — a donné son accord pour mettre gracieusement à disposition son réseau de kiosques de validation de paris (230 à Libreville, 500 dans le pays) pour vendre les préservatifs à un prix accessible de 50 FCFA pièce. Le prix moyen de vente unitaire des marques labellisées de préservatif en officine étant de 260 FCFA. En septembre 1999, le PNLs a initié une opération ponctuelle dénommée "Capote pour tous" avec distribution gratuite de 1,5 millions de préservatifs et approvisionnement des provinces. Pour la Journée Mondiale du 1er décembre 1999, plus de 300.000 préservatifs ont été distribués gratuitement dans la journée notamment à travers les kiosques du PMUG.

L'accessibilité du préservatif devrait donc dans un proche avenir être améliorée, mais il restera encore à convaincre de nombreux réfractaires à son usage. Récemment, un étudiant nous disait que dans une relation sexuelle, ce qui était le plus important, c'était le contact et que : « utiliser le préservatif c'était comme manger un bonbon avec le papier ! ».

Heureusement, certaines initiatives continuent de faire la promotion du préservatif comme cette originale bande dessinée (BD Boom, 1999) réalisée par de jeunes dessinateurs gabonais et qui fait dire à un vieil homme dans un village : « ...depuis que docteur est venu parler affaire là, capote et moi c'est comme l'ongle et le doigt ».

La sécurité transfusionnelle

Le risque transfusionnel de contamination par le VIH existe au Gabon. Même si les transfusions sont testées au moins dans les grands centres urbains — sur 4105 tests sérologiques réalisés dans ce cadre en 1998 (données du réseau des laboratoires), 206 se sont révélés positifs pour le VIH (5%) —, la politique des dons de sang mériterait d'être améliorée. En effet, la limitation des indications transfusionnelles n'est pas suffisamment appliquée et dans des populations où sévissent les anémies palustre ou drépanocytaire, le recours à la transfusion est encore trop systématique. Une étude (Delaporte, 1991) a montré que les risques de contamination transfusionnelle sont particulièrement élevés dans ces pathologies anémiantes associées.

Le nouveau Centre National de Transfusion Sanguine a été ouvert récemment à l'entrée du Centre Hospitalier de Libreville, mais il a des difficultés à assurer ses objectifs de 10000 poches sécurisées par an, en raison notamment des coûts liés à de tels objectifs. Le diagnostic porté par la direction du CNTS (Ella-Assa, 1997) elle-même en 1997 était assez sombre, notant par exemple que : « la transfusion sanguine au Gabon présente un grand retard ». En province, la sécurité transfusionnelle est assurée dans les hôpitaux provinciaux mais est souvent rendue défaillante par le manque de disponibilité en continu des tests de dépistage. Il existe donc de probables contaminations transfusionnelles au Gabon.

Les accidents d'exposition au sang

Il est certain qu'au Gabon des professionnels de la santé se contaminent par le Vih dans l'exercice de leurs activités. En l'absence de systématisation de programmes de protection des actes de soins, certaines pratiques trop courantes les exposent particulièrement, dans un milieu de soins où la prévalence des patients malades du Sida est importante.

En milieu hospitalier, les professionnels de la santé expriment clairement leur crainte d'une contamination accidentelle (Okome, 1997). Le peu de moyens déployés pour limiter ces risques de contamination pourrait être un obstacle à l'engagement de ces professionnels dans les soins aux malades du Sida.

La sous-information de ces professionnels, notamment les personnels infirmiers, en matière de conduite à risque, les conduit à avoir encore des gestes pouvant entraîner un accident d'exposition au sang, recapuchonnage d'aiguille creuse notamment.

Nous avons pour notre part participé à quatre modules de formation de personnel soignant ces deux dernières années tant à Libreville qu'en province (Lambaréné et Gamba) afin d'informer ces professionnels des risques auxquels ils sont exposés et des moyens de les limiter. Malheureusement, les matériels de protection ne sont pas toujours suffisamment mis à la disposition des équipes médicales (bacs collecteurs, incinérateurs). Les personnels soignants trouvent des solutions pour appliquer les règles apprises et l'on voit fréquemment dans les salles de soins des bouteilles d'eau minérale, vides, faire office de bacs récupérateurs d'aiguilles usagées.

Dans les structures sanitaires, et ceci est particulièrement notable en province, l'hygiène de soins n'est pas suffisamment développée dans une politique de prévention, tout autant pour les personnels que pour les malades chez lesquels les infections nosocomiales existent en nombre.

De plus, pour le Vih/Sida, l'absence de mise à disposition de kits de thérapie antirétrovirale pour les personnes ayant présenté un accident d'exposition au sang, constitue un obstacle à la déclaration des cas d'accidents dont on ne peut qu'estimer le volume réel.

La transmission mère-enfant

Chaque année, environ 12.000 femmes enceintes accouchent au Centre Hospitalier de Libreville (CHL). Si l'on estime que 5% de ces femmes sont porteuses du Vih, ce sont donc 600 femmes enceintes séropositives qui donnent naissance à un enfant dans cette structure. Compte tenu d'une estimation de transmission verticale de l'ordre de 25% à 40%, on peut estimer que chaque année, entre 150 et 240 nouveaux-nés séropositifs voient le jour au Centre Hospitalier de Libreville.

En l'absence tout autant de proposition systématique du dépistage de l'infection chez les femmes enceintes que de capacité de prise en charge thérapeutique sous protocole antirétroviral préventif, il n'existe aucune réduction des transmissions dans cette population de femmes enceintes. Cette situation est d'autant plus étonnante, que la capacité de dépister le Vih dans des conditions techniques fiables existe au Gabon. Le réseau des laboratoires, tout au moins sur Libreville, est capable d'absorber cette demande. Il est vrai que ces tests sont pour l'instant payant et qu'il n'existe pas encore de centre de dépistage anonyme et gratuit.

Le Ministère de la Santé s'est penché sur la question de la transmission mère-enfant et des travaux préparatoires ont étudié la faisabilité d'une mise en place de plateaux adaptés à la prise en charge de la femme enceinte infectée. Le développement de plateaux référents dans le cadre de l'amélioration de la prise en charge médicale des personnes porteuses du Vih/Sida constituent des préalables à cette prise en charge spécialisée et à la proposition des protocoles de réduction de cette transmission verticale.

LA PRISE EN CHARGE MEDICALE

En théorie, le Gabon possède toutes les capacités techniques nécessaires pour assurer une prise en charge médicale des patients infectés par le Vih/Sida. En théorie seulement, car il s'agit une fois encore malheureusement du syndrome de la panoplie (Perret, 1997) lequel a tendance à anticiper la mise en place de moyens avant la certitude de pouvoir les mettre en œuvre correctement.

Ainsi, au Gabon, toutes les principales molécules antirétrovirales sont disponibles chez les grossistes répartiteurs pharmaceutiques, seuls habilités à dispenser ces médicaments sur prescriptions de seulement cinq médecins habilités. Si cette mesure de contrôle peut paraître souhaitable afin de limiter des prescriptions "sauvages", les prix de ces médicaments n'en permet pas l'accès au commun des patients infectés. En septembre 1999, par exemple, le prix d'une association trithérapeutique à base de zidovudine et de lamivudine combinée à de l'indinavir représentait la somme de 450.000 FCFA par mois. Si l'on ajoute à ce coût médicamenteux, la charge des examens de suivi à réaliser — entre autres, comptage CD4, charge virale — la somme globale annuelle moyenne est équivalente à 6 millions de FCFA. Ceci pour un patient asymptomatique traité en première intention. Dès lors que doivent être traitées des maladies opportunistes, le coût annuel supporté par le patient infecté est accru par la multiplication des examens complémentaires, la prescription de médicaments anti-infectieux associés et les journées d'hospitalisation. Il manque encore au Gabon — mais le dossier est à l'étude — un Fonds de Solidarité Thérapeutique — permettant ainsi qu'il existe en Côte d'Ivoire et au Sénégal d'inclure des personnes atteintes dans un suivi et une prise en charge subventionnée par l'Etat soutenu par des bailleurs.

A cette situation de poids financier de la maladie s'ajoute un manque de structure spécialisée. A Libreville, les malades sont hospitalisés dans les services de médecine et seule la Fondation Jeanne Ebori possède des lits en maladies infectieuses. De fait, le service des urgences du Centre Hospitalier de Libreville accueille chaque jour deux à trois nouveaux cas de Sida-maladie qui engorgent ce service de porte. Le Ministère de la Santé est préoccupé par cette situation et le projet de créer au sein du CHL un Centre de Traitement Ambulatoire (CTA) pour les patients infectés — à l'image de ceux appuyés par l'Organisation PanAfricaine de Lutte contre le Sida (OPALS) au Congo (Brazzaville et Pointe-Noire) ou en Côte d'Ivoire —, ce projet est d'actualité (Gentilini, 1999).

Parallèlement à la remise à niveau de plateaux techniques aptes à prendre en charge ces malades, les deux associations gabonaises de personnes vivant avec le Vih/Sida (PVS), nées en 1998, essaient d'offrir un environnement favorable à l'accompagnement des malades. L'Association Gabonaise d'Action et d'Assistance aux Séropositifs et aux Sidéens (AGAASS) qui a bénéficié du soutien financier des bénéficiaires générés par une soirée de gala en 1998, s'attache à créer un appui psychologique et social aux personnes infectées. Le siège social de l'AGAASS situé au quartier d'Akébé est un endroit où les PVS peuvent bénéficier de conseils médicaux et psychologiques. Certains membres de cette association ont pu

être inclus dans des protocoles thérapeutiques. De la même façon, la seconde association de PVS du Gabon, l'association Sida Zéro, essaie elle aussi de développer une cadre propice à une meilleure prise en charge. Le siège de Sida Zéro situé en quartier populaire à Nzeng-Ayong devrait être un lieu d'écoute et de prise en charge communautaire en l'an 2000. Les actions de Sida Zéro s'expriment dans la volonté de négocier avec des structures sanitaires existantes (laboratoires et cabinets spécialisés) des accès aux soins à prix réduits.

Dans un pays aussi petit que le Gabon en terme de population, avec près de la moitié des habitants concentrés dans la province qui abrite la capitale Libreville, il est difficile d'assurer une confidentialité totale ou absolue d'un statut sérologique positif. Libreville est un village dit-on sur les rives de l'estuaire du Komo et les informations relayées dans les salons de coiffure ou dans les secrétariats administratifs circulent vite. La notion de secret médicale est très relative et si en 1999 des progrès sensibles ont été réalisés pour faire changer les mentalités des personnels de santé, au début des premiers cas diagnostiqués certains noms circulaient : « il a la maladie ».

Il y a encore quelques temps — et cette pratique existe encore trop souvent —, certains Gabonais et Gabonaises dépistés positivement allaient de laboratoires en laboratoires car ne voulant pas accepter le diagnostic biologique posé de leur infection. Là encore des progrès ont été réalisés dans les mentalités appuyés par une meilleure connaissance des capacités des laboratoires à poser un diagnostic de confirmation, et désormais de plus en plus ce sont les médecins qui réalisent les annonces de l'infection.

Cela nous rappelle une mission que nous avons réalisé pour le compte de la Coopération Française au Zaïre en 1995. Nous avons été stupéfait alors que nous visitions l'hôpital Mama Yemo à Kinshasa de découvrir devant un guichet, des tas d'enveloppes déchirées et de comprendre que les personnes apprenaient là dans l'anonymat du nombre, seuls face à leur morceau de papier extrait de ce pli, qu'elles étaient infectées par le VIH. Le comprenaient-elles toutes d'ailleurs ?

Il n'existe pas de service constitué de counselling au Gabon. Tant bien que mal, certains médecins, voire certaines associations de personnes vivant avec le Vih/Sida, s'essaient à des techniques de conseil auxquelles ils n'ont pas été suffisamment formés. D'autres se contentent de prescrire un test de dépistage espérant secrètement que le résultat sera négatif et qu'ils pourront fièrement l'annoncer à leur patient, comme une victoire sur leur propre peur. Mais lorsque malheureusement, et cette situation arrive de plus en plus, ces médecins se trouvent face à un résultat positif, ils se sentent désemparés, désarmés car les structures de prise en charge des patients ne sont pas suffisamment fonctionnelles et l'accès aux antirétroviraux trop coûteux.

Dans ce vide relatif des capacités de diagnostic, il arrive parfois de bonnes surprises comme ce garçon de 30 ans que nous avons en tête et que nous continuons de voir régulièrement. En 1995, alors qu'il voulait faire un don de sang pour un parent qui avait besoin d'une transfusion, le biologiste d'un hôpital périphérique de Libreville lui annonça qu'il avait le Sida. Ce garçon nous a raconté qu'à la suite de cette annonce brutale, il était resté quatre jours sans sortir de chez lui et que lorsqu'il avait entendu le mot "Sida" pour lui, il avait uriné dans son pantalon. Par la suite, il réussit à remonter la pente, à s'engager dans une action associative et même à témoigner de sa séropositivité. En 1998, alors que nous venions de faire sa connaissance, nous lui avons proposé de faire réaliser un bilan biologique et avons adressé un échantillon de son sang au Centre de Recherches Médicales de Franceville (CIRMF) pour mesurer sa charge virale. Quelques jours plus tard, le responsable du laboratoire de virologie nous appella en nous demandant quelle association antirétrovirale prenait ce garçon, car sa charge virale était indétectable. Nous lui répondîmes : « aucun traitement ». Après vérification, ce garçon n'était pas infecté. Il n'avait jamais été contaminé et son test de dépistage, un test rapide jamais confirmé. Un faux positif. Depuis 1995, il vivait avec le VIH, somatisant des fatigues, des pertes de poids et témoignant sincèrement de son infection, jusqu'à susciter la compassion de ses auditeurs. Heureusement, il s'agissait et il s'agit toujours d'un garçon intelligent ; et il n'a pas mis sur le compte de la magie une négativation de sa sérologie. Mais lorsqu'avec le responsable du laboratoire de Franceville, nous lui avons confirmé sa non-infection, cela a représenté une grande joie, beaucoup d'émotions. Et cet ami gabonais est allé tout de même faire une séance de bwiti pour remercier les esprits de l'avoir épargné.

Cela nous fait également penser à ces Africains venus donner leur sang et à qui l'on annonçait le résultat de leur groupe sanguin O+, et qui lisaient sur le bristol : "zéro positif", et croyaient qu'ils étaient séropositifs.

Le chemin thérapeutique au Gabon des patients informés de leur statut infectieux vis à vis du VIH est un parcours du combattant. Nous ne parlons pas des Gabonais nantis qui ont les moyens de fréquenter des cliniques privés ou même de faire un voyage en Europe — souvent en France — pour une prise en charge adaptée. Non, nous parlons de cette Gabonaise, mère de famille qui va au marché de Mont-Bouët acheter son poisson et qui habite dans une maison de bois et de tôles, que l'on appelle à Libreville les matitis, tels qu'ils en existent à Akébé ou au quartier Dragon. Partout où elle passe, elle doit payer. Dix mille ou

quinze mille francs CFA le test de dépistage (qui le lui a payé d'ailleurs ?), dix mille francs CFA la consultation et 30000 FCFA la première ordonnance, puis les examens complémentaires. Les maigres économies y passent. La famille est mise à contribution, parfois en ignorant qu'il s'agit du sida.

Lorsque nous sommes arrivé au Gabon en 1996, nombreux étaient les malades qui se présentaient au Programme National de Lutte contre le Sida (PNLS), organe administratif de coordination, mais qui étaient un des rares endroits où ils pouvaient au moins être écoutés si ce n'est soignés. Depuis, même si ce parcours du combattant reste lié à tous les coûts de prise en charge médicale, et dieu sait si pour un patient infecté les consultations sont répétées, il existe depuis quelques mois une relative amélioration car les médecins se sont mis à mieux accepter de prendre en charge ces malades. Il y a encore quelques mois, le diagnostic d'infection posé, le malade s'entendait dire : « allez au PNLS, et mettez des préservatifs ». Ainsi que le disait un ancien directeur du PNLS (Boumah, 1997) : « il ne faut pas jeter la pierre à ces confrères n'ayant malheureusement pas toujours accès à une information médicale réactualisée et pour lesquels le Sida était il y a encore quelque temps une maladie terrible face à laquelle il ne savait que faire ». Sans parler des médecins qui avaient peur de se contaminer en examinant ce type de patients. Heureusement, à force d'explications, de formations, de communications, le corps médical se sent de plus en plus plus capable de surmonter ses propres craintes et d'apporter ce pourquoi il existe : donner du réconfort, soulager la souffrance même s'il n'arrive pas à guérir.

CONCLUSION

Le Gabon s'est engagé face au Sida dans une course à handicap en raison du retard pris au démarrage des actions de prévention face à l'épidémie. Néanmoins, plus que tout autre pays de la sous-région, il possède certainement les moyens de contrôler son épidémie et d'assurer un suivi cohérent des patients malheureusement déjà infectés par le VIH.

Il reste à mieux coordonner les actions, à s'engager dans la mise en place de plateaux référents pour la prise en charge des malades et à faire en sorte que tous les acteurs de la société gabonaise se sentent plus directement impliqués dans cette lutte. Les partenaires au développement et les bailleurs internationaux peuvent sans doute aider le pays à poser les voies de cette amélioration des capacités de prise en compte de l'épidémie de Sida. Le récent discours du Vice-Président Al Gore au Conseil de Sécurité des Nations Unies, abordant pour la première fois de son histoire un problème de santé comme facteur de sécurité, et annonçant une augmentation des ressources allouées à la lutte contre le Sida en Afrique, ce discours a été très remarqué au Gabon. Et les Gabonais espèrent qu'ils bénéficieront également des engagements annoncés pour faire face à cette infection qui menace leur Nation dans son existence même.

Mais c'est surtout dans leurs ressources propres que les Gabonaises et les Gabonais doivent trouver les réponses à ce fléau. Sans cela, compte tenu de la faible démographie du pays, le Sida risque d'avoir dans quelques années des effets économiques et démographiques plus durs. Certains d'entre eux se font déjà sentir notamment en terme de perte de potentialité humaine et de poids financier récurrent supporté encore trop majoritairement par les familles.

Les épidémies d'Ebola au Gabon

Le virus Ebola a été identifié (Johnson, 1977) à l'occasion de deux épidémies survenues simultanément en 1976 au Sud Soudan et au Nord Zaïre (WHO, 1976).

Le bilan de la dernière épidémie au Zaïre, à Kikwit, en 1995 a porté sur un total de 315 cas dont 244 sont décédés (létalité : 77%) (WHO, 1995).

La même année, une nouvelle souche de virus Ebola était isolée à partir d'une patiente convalescente contaminée lors d'une autopsie sur un chimpanzé sauvage en Côte d'Ivoire (Le Guenno, 1995). Pour la première fois, une contamination humaine était directement mise en relation avec une infection naturelle chez des singes d'Afrique.

Le Gabon a connu trois épidémies de fièvre hémorragique à virus Ebola (FHVE) dont la première en 1994 a été concomitante à une épidémie de fièvre jaune dans l'Ogooué-Ivindo.

Lors de ces trois épidémies, les équipes du Centre International de Recherches Médicales de Franceville (CIRMF) en collaboration avec celles du Ministère de la Santé et du Service de Santé Militaire ainsi que des experts de l'OMS, de l'Institut Pasteur de Paris, des Centers for Disease Control and Prevention d'Atlanta, de Médecins Sans Frontières et de la Coopération Française sont intervenues dans les investigations et le contrôle de ces flambées épidémiques (Georges, 1999).

Première épidémie :

Mékouka, novembre 1994-mars 1995

En novembre 1994, des décès inexplicables furent rapportés dans deux campements aurifères de l'Ogooué-Ivindo, à Mekouka et Andock. Au cours du mois de décembre, le nombre de cas augmenta dans les deux campements et certains cas apparurent dans le village voisin de Minkebe. Initialement on suspecta, comme cause de ces cas, une intoxication au mercure ou la fièvre jaune. Huit sérums furent analysés parmi les cas déclarés et rétrospectivement leurs analyses confirmèrent la présence de titre élevé d'IgM pour Ebola dans quatre d'entre eux. En décembre, les deux cas présentant des signes suspects furent examinés et le virus Ebola fut isolé chez les deux patients (deux hommes âgés de 28 et 34 ans) vivant à Minkebe. Les souches analysées chez ces deux patients étaient très proches de celles isolées en 1976 à Yambuku et en 1995 à Kikwit avec moins de 1,5% de divergences dans les séquences de nucléotides. Finalement, le bilan de cette première épidémie s'éleva à 44 cas dont 28 décès (létalité : 64%) (Amblard, 1997).

Deuxième épidémie :

Mayibout 2, janvier-mars 1996

Une seconde épidémie débuta en janvier 1996 dans le village de Mayibout 2 qui se situe à 40 kms au sud de Mékouka et Andock. Dix-huit personnes, qui avaient dépecé ou découpé un cadavre de chimpanzé trouvé mort, tombèrent malades et présentèrent des signes suspects de FHVE : fièvre, céphalée, diarrhée sanglante. En dépit des instructions du Ministère de la Santé suite à la première épidémie, ces personnes furent évacuées de Mayibout 2 à Makoukou où 4 d'entre elles moururent dans les 48 heures. Un cinquième malade s'enfuit de l'hôpital de Makoukou et retourna à Mayibout 2 où il mourut. Des cérémonies funéraires traditionnelles eurent lieu pour ce malade décédé sans qu'aucune précaution particulière ne soit prise pour éviter une transmission de la maladie. Des cas secondaires et tertiaires apparurent par la suite, mais l'épidémie fut cantonnée localement. Finalement on dénombra un total de 37 cas et de 21 décès au cours de cette deuxième épidémie (létalité : 57%) (WHO, 1996).

Troisième épidémie :

Booué, juillet 1996 - mars 1997

Début octobre 1996, le CIRMF informa le gouvernement gabonais, qui avait fait appel aux équipes de Franceville, que le virus Ebola avait été isolé chez deux des 6 patients suspects hospitalisés en septembre à l'hôpital de Booué (Ogooué-Ivindo). Le CIRMF était présent sur place une semaine auparavant pour un complément d'investigation au sujet de ces malades suspects de FHVE. La ville de Booué se trouve à 200 kms de Mékouka et à 160 kms de Mayibout 2 où se sont déclarées respectivement la première et la deuxième épidémie d'Ebola au Gabon.

Le 10 octobre 1996, le Ministère de la Santé déclara officiellement l'épidémie d'Ebola et un Comité International de coordination technique et scientifique se mit en place à Booué.

Une salle d'isolement fut installée au département de pédiatrie de l'hôpital de Booué pour accueillir d'éventuels nouveaux cas. Des échantillons furent prélevés sur des personnes en phase aiguë de la maladie, sur des convalescents et sur des personnes ayant été en contact avec ces malades. Du matériel de protection fut acheminé sur place. Une campagne d'information et d'éducation des personnels de santé fut

entreprise dans la région ainsi que dans les zones limitrophes. Un cordon sanitaire fut mis en place pour éviter que des malades ne quittent la zone épidémique que cherchaient à contrôler les équipes en place.

Sur place, à Booué, les équipes du CIRMF poursuivirent leur mission d'investigation de l'épidémie, commencée fin septembre.

L'objectif de la mission que nous conduisions était non pas de réaliser une enquête rétrospective mais plutôt d'obtenir des prélèvements séquentiels de malades à plusieurs moments de la maladie, pour en comprendre la pathogénèse et essayer d'appréhender tous les événements survenant au cours de la phase aiguë de cette infection. Ces prélèvements, une fois effectués, étaient acheminés dans les plus brefs délais au CIRMF par avion ou par la route (le CIRMF se trouvant à environ 400 kms du centre de l'épidémie) afin d'être traités rapidement. Il faut mettre l'accent sur l'opportunité que nous avons d'avoir ces prélèvements car en général lors des différentes épidémies d'Ebola, il n'est possible que de recueillir du sérum alors que dans ce cas, nous disposions d'un centre bien équipé, situé à une distance raisonnable, et comprenant des structures permettant de techniquer ces prélèvements. Ainsi, les chercheurs du CIRMF ont pu mettre en évidence des différences concernant la réponse immune chez les survivants et les décédés. De plus, ceux-ci développeraient une apoptose intravasculaire massive dans les jours précédant le décès. Ces travaux ont fait l'objet d'une publication (Baize, 1999).

Ces recherches sur le terrain ont permis également de caractériser les souches virales et de les comparer à celles des autres épidémies. Ces études ont ainsi permis de montrer que les souches virales de cette épidémie se rapprochaient des deux précédentes épidémies gabonaises, et que l'arbre phylogénique caractérisant ces souches indiquait une faible divergence avec la souche zairoise isolée en 1995 à Kikwit (Georges-Courbot, 1997).

Lors de cette mission, à notre arrivée à Booué, nous avons trouvé une ville où régnait la peur. L'hôpital était presque vide. Un bâtiment avait été réquisitionné pour recevoir les malades présentant des signes de fièvre hémorragique ; ce bâtiment était isolé des autres et seul du personnel soignant formé avait accès aux malades. Cependant, ceux-ci étaient peu nombreux car ils avaient encore en mémoire les deux premières épidémies. Le Ministère de la Santé avait pris des mesures à la fin de la première épidémie en formant ces personnels aux techniques de prise en charge de patients suspects de fièvre hémorragique : isolement, désinfection, matériels de protection. Malgré cette formation, la plupart du personnel soignant refusait de prendre part aux soins des malades par peur de contracter la maladie, ce qui ne faisait que rajouter aux tensions existantes.

Nous avons été interpellé par la difficulté de faire accepter à la population, certaines idées qui pour nous occidentaux étaient évidentes — surtout pour la sécurité des personnes —, mais qui pour la population locale étaient contraires aux croyances et aux habitudes autochtones. La fièvre hémorragique à virus Ebola est une maladie très contagieuse, le virus se retrouvant dans les fluides corporels (sang, salive, sueurs, vomissements). Tout contact intime en l'absence de protection (masques, gants, combinaisons) présente un risque important de contamination. En Afrique, notamment en zone rurale où les traditions familiales sont très persistantes, quand quelqu'un est malade, un membre de la famille s'occupe de lui de façon continue. Le réflexe d'aller dans la structure de santé la plus proche pour consulter en cas de fièvre n'est pas automatique, surtout dans une zone où le paludisme est endémique. Ensuite, en cas d'hospitalisation, un membre de la famille continue à assister le malade parce qu'il existe souvent un manque de personnel pour les soins de proximité (toilette et alimentation du malade), un problème de communication (le malade ne parle pas toujours le français). De manière générale, l'accompagnant partage la même chambre que le malade. Dans ce cadre, nous avons vu une famille où la mère et quatre de ses enfants sont décédés. En effet, lorsque la mère est tombée malade, l'aînée des enfants s'est occupée d'elle jusqu'à son décès, puis l'aînée est tombée à son tour malade et c'est son cadet qui s'est occupé d'elle avant de tomber lui aussi malade, et ainsi de suite. La chaîne de contamination a été enfin rompue lorsque cette famille a été répertoriée par l'équipe médicale. Les deux derniers membres malades ont pu être évacués vers l'hôpital où tout contact sans protection était prohibé. Il a semblé néanmoins très difficile aux membres proches de la famille de ne pouvoir s'occuper eux-mêmes de leurs malades, même après qu'ils aient reçu de l'équipe médicale toutes les explications sur les décès.

Toujours dans ce cadre, les croyances ont la vie très dure. Une autre famille a aussi été touchée par l'épidémie dans les mêmes conditions que la première famille. Ces deux similitudes ont suffi à faire croire à leur entourage qu'il s'agissait de règlements de compte "occultes" entre ces deux familles puisque seuls leurs membres étaient touchés. L'équipe médicale a eu beaucoup de mal à leur faire accepter que la cause de tous ces décès étaient la fièvre hémorragique à Ebola.

Un autre exemple illustre la difficulté à éliminer les coutumes ou traditions, causes de contaminations. Une de nos malades était en phase de guérison mais elle continuait à souffrir de neuropathies distales notamment plantaires (symptômes fréquents en cas de FHVE). Toutes les recommandations d'hygiène et de prévention lui avaient été faites et elle avait reçu un traitement symptomatique. Cependant, cette

femme n'a pu s'empêcher de consulter un "nganga" pour ces douleurs. Celui-ci a bien évidemment réalisé sur elle des scarifications au niveau de la voûte plantaire avec toutes les conséquences que cela aurait pu entraîner, non seulement pour lui, mais aussi pour d'autres clients, la même lame scarificatrice étant utilisée plusieurs fois.

Enfin, il nous faut également rapporter cette histoire morbide concernant les dépouilles de cas de FHVE. Dans les zones rurales, la coutume veut qu'en cas de décès, les membres de la famille s'occupent de la toilette mortuaire avant de porter la dépouille en terre. Il est évident que pendant cette flambée épidémique, cette coutume ne pouvait être autorisée à cause des risques énormes de contagion qu'elle suscitait. Les corps étaient donc retirés à la famille dès le constat du décès et étaient ensevelis par l'armée ou les membres du corps médical, dans un endroit tenu secret. Cela n'a pas empêché certaines familles de retrouver les fosses et d'exhumer les corps pour toutes les cérémonies rituelles relatives au décès, sans tenir compte de tous les risques qu'ils pouvaient prendre et pour lesquels ils avaient été informés. Heureusement, aucun cas de transmission n'a été rapporté à ce genre d'imprudence.

Il a été difficile de reconstituer l'histoire de cette nouvelle épidémie, notamment d'une part en raison du décalage ayant existé entre la date de son début (juillet) et sa reconnaissance (octobre), mais aussi en raison de la difficulté d'identifier avec certitude certains cas suspects décédés. Néanmoins, il semble que le cas index ait été un chasseur de 39 ans (Edmond Z.) dont le décès non déclaré remontait au 13 juillet 1996. Il aurait présenté tous les signes cliniques d'une fièvre hémorragique. Six semaines plus tard, le 25 août, un autre chasseur habitant dans le même camp que le premier, serait mort sans pour autant que son décès soit rapporté à la fièvre hémorragique même s'il en présentait tous les symptômes. Le troisième cas a présenté des signes de la maladie, deux semaines plus tard. Après une courte hospitalisation à l'hôpital de Booué, il s'est évadé et a rejoint le village de Balimba où il est mort après avoir consulté un guérisseur traditionnel, un "nganga" du Gabon. Très peu de temps après, mi-septembre, celui-ci ainsi que son neveu sont tombés malades et ont été hospitalisés à l'hôpital de Booué puis de Makoukou où ils sont décédés. D'autres cas ont été répertoriés après ces 5 cas, notamment dans plusieurs villages avoisinants.

L'épidémie a eu l'air de s'arrêter mais en réalité plusieurs cas ont été signalés plus loin de cette zone, et nous avons eu l'impression d'assister à une seconde vague épidémique avec l'apparition de cas dans trois localités autour de Booué : Lolo (6 cas - 3 décès), SHM, un campement de forestiers (5 cas - 4 décès) et Balimba (1 cas - 1 décès) (Georges, 1999).

En fait, compte tenu que l'épidémie n'a été officiellement déclarée que le 10 octobre, certains cas du mois de septembre avaient déjà voyagé hors de la zone épidémique où un cordon sanitaire avait été mis en place.

Ainsi, à la demande du Ministère de la Santé, nous avons été chargé le 21 octobre de mettre en place une surveillance active des cas sur Libreville, et en relation avec les équipes sur place à Booué de rechercher les cas suspects et les contacts de cas déclarés pouvant avoir rejoint la capitale gabonaise. C'est ainsi que nous avons retrouvé assez rapidement trois malades (1 homme, 1 femme et 1 petite fille de 2 ans), tous décédés dans un tableau clinique de FHVE, et qui pouvaient être reliés à un cas certain de FHVE. Ces trois premiers cas librevillois avaient débuté leur fièvre hémorragique avant la déclaration nationale de l'épidémie. Leurs décès respectifs remontaient au 9 et 28 septembre et au 2 octobre.

Ces faits illustrent une relative défaillance dans le système d'alerte puisqu'à Libreville, aucun praticien ayant eu à les examiner — certes dans un contexte non encore d'épidémie déclarée — n'avait évoqué le diagnostic de FHVE devant des tableaux associant pourtant : fièvre, myalgies, diarrhée sanglante et hémorragie associée. La surveillance des contacts hospitaliers (médecins, personnels infirmiers...) ayant eu à s'occuper de ces malades n'a pas révélé par la suite de cas secondaires. Fort heureusement, dans un contexte couramment déficient en moyen de protection, les personnels du service des urgences du Centre Hospitalier, où avait été accueilli deux de ces trois malades, possédaient des gants au moment de leur séjour.

Cette déficience du système d'alerte est également relevé sur Booué, où est noté le 30 octobre que : « 8 cas sur 25 ont transité par le centre médical de Booué entre la fin août et la fin septembre sans que l'alerte ait été donnée à ce niveau ». (Demaille in Nicot, 1998)

Sur Libreville, tout en maintenant une surveillance active notamment au niveau des formations sanitaires susceptibles d'accueillir des malades fuyant la zone épidémique, du matériel de protection et des documents techniques sur les conduites à tenir est mis à la disposition des personnels de santé.

Mais, le 18 novembre, les Gabonais apprennent dans le quotidien national L'UNION — suite à une dépêche de l'Agence France Presse —, qu'un médecin gabonais évacué fin octobre sur Johannesburg dans un tableau infectieux sévère avec défaillance polyviscérale sans diagnostic étiologique posé, ce médecin présentait en fait une FHVE. Le diagnostic a été posé lorsqu'une infirmière de l'hôpital où il était soigné est morte et que le diagnostic d'Ebola posée pour elle a pu permettre de remonter à l'origine de sa contamination. Ce médecin gabonais s'était contaminé auprès d'un patient évacué le 26 septembre de la zone épidémique pour un diagnostic de gastrite et de varices œsophagiennes pour lequel le médecin

en question avait pratiqué le 11 octobre un fibroscopie, probable geste à l'origine de sa contamination. Le drame est que ce patient évacué le 26 septembre de la zone épidémique, était recherché par l'équipe de surveillance sur Libreville et n'avait pas été retrouvé, tout simplement parce que l'équipe de surveillance n'avait pu avoir accès au registre des entrées.

Au total, cette troisième épidémie qui s'est étendue entre le 13 juillet 1996 (1er cas) et le 18 janvier 1997 (dernier cas) a enregistré 60 cas et 45 décès (létalité : 75%). Nous avons pu dresser un arbre de filiation de ces cas, qui bien qu'incomplet (43/60) permet de se rendre compte dans la durée de l'évolution de cette épidémie. Si la plupart des cas (25 sur 60) se sont déclarés à Booué, 15 d'entre eux (25%) sont survenus à Libreville. Sur ces 15 cas, 11 se sont contaminés en zone rurale à l'épicentre de l'épidémie et parmi eux 5 sont arrivés asymptomatiques sur Libreville où ils ont commencé leur maladie. Six de ces quinze cas sont arrivés à Libreville dans la phase évolutive de la maladie. Si sur ces 15 cas, 4 sont arrivés à Libreville avant la déclaration officielle de l'épidémie, 7 étaient des patients qui étaient passés à travers le cordon sanitaire mis en place dans la zone épidémique, les 4 derniers cas s'étant contaminés dans la capitale. Ce fait illustre dans un contexte non parfaitement préparé les difficultés d'organiser une riposte parfaitement efficace à une épidémie de cette nature, et notamment d'arriver à faire respecter les règles de contrôle mises en place.

Durant cette épidémie, si l'organisation du contrôle de l'épidémie a été la tâche la plus dure, la recherche et le suivi des cas contacts a également constitué durant cette surveillance un travail de fourmi. A une période, il y avait plus de 300 personnes identifiées comme contact potentiel à surveiller sur Libreville par une équipe de trois personnes...

De la même façon, l'information sur l'épidémie — en dépit de tous les moyens déployés pour rendre compte aux populations de son évolution —, cette information a parfois généré des comportements excessifs. Ainsi, au mois de décembre, les Librevillois étaient si effrayés par cette épidémie dont leur journal quotidien venait de révéler que "le virus Ebola est à Libreville", que certains évitaient de prendre le taxi de peur d'être contaminés au contact d'un malade méconnu. Personnellement, durant cette période, certaines personnes pourtant bien informées sur les modes de contamination, nous évitaient sachant que nous nous occupions de cette surveillance. Ceci a permis d'échapper à certains diners ennuyeux et de faire le tri dans les amis !

Les points positifs de cette épidémie sont qu'elle a permis de mobiliser des énergies locales et de mesurer le travail nécessaire à tous les niveaux pour mettre en place de vraies capacités de réponse à ce type d'épisodes. D'ailleurs, par la suite, un service chargé de la surveillance des maladies émergentes a été créé et des équipements fournis dans les provinces pour faire face tant à l'alerte qu'aux premières mesures de contrôle en cas de nouvelle flambée.

Les perspectives sanitaires du Gabon des années 2000

Ce tour d'horizon de la santé publique du Gabon nous a permis de mesurer les réalités auxquelles doivent faire face les populations pour s'assurer un état de bien-être physique et psychologique en rapport avec la définition de la bonne santé, estampillée aux normes mondiales.

Ces populations sont pourtant encore loin d'avoir atteint ce statut.

Face à ce paradoxe national, le grand défi du Gabon des années 2000 est donc d'amener le niveau de développement humain au niveau des indicateurs économiques.

L'Etat gabonais est conscient de cette problématique et s'est engagé, avec le concours de ses partenaires au développement, dans un gigantesque chantier de réforme et de refonte du système sanitaire.

Le Plan National d'Action Sanitaire (PNAS) qui a posé en 1997 les bases de ce chantier doit maintenant se concrétiser par des faits tangibles et des actes durables. Tel est l'objectif de cet ambitieux programme visant à "l'amélioration de l'état de santé de la population par une meilleure adéquation qualitative et quantitative entre l'offre des prestations sanitaires et les besoins essentiels de la population". Pour le Ministère de la Santé, la réussite passe tout autant par l'amélioration du cadre institutionnel (réglementation, renforcement du niveau central, mesures intersectorielles, déconcentration régionale) que par l'amélioration de l'accessibilité à des soins de qualité. Cette amélioration, pour laquelle chaque gabonais doit pouvoir se trouver à moins de 5 kms d'une structure de premier contact et accéder facilement à une structure de référence, passera par la remise à niveau des services de soins. Dans cette remise à niveau, où les paquets minimums d'activités seront normalisés, un gros effort doit porter sur la rationalisation de la gestion des ressources humaines. Réviser les cursus de formation initiale, développer une politique de formation continue, maîtriser les effectifs et planifier le recrutement constituent des axes à promouvoir en priorité.

Le budget prévisionnel de ce PNAS de trois ans est évalué à 117 milliards de FCFA. Il est à craindre que la crise économique actuelle affecte de façon sensible les plans mis en route notamment dans les investissements programmés pour sa réussite.

Mais la difficulté la plus grande à surmonter reste sans doute l'incapacité de certains cadres nationaux à prendre en compte les nouvelles données stratégiques dans ce domaine en mutation. La résistance au changement semble encore le point clé d'un dysfonctionnement potentiel futur, et l'évolution des mentalités est la plus difficile à obtenir.

« Tous au travail ! », titrait le quotidien L'UNION pour résumer les vœux du Président Bongo à l'aube de l'an 2000. C'est sans doute ce qu'il convient de mieux faire pour atteindre les objectifs ambitieux posés comme buts ultimes de ce changement : amener l'espérance de vie à la naissance au-delà des 60 ans, faire baisser le taux de mortalité infantile sous le seuil de 50 pour 1000 et celui de mortalité des moins de 5 ans sous la barre des 70 pour mille. Autant de challenges que le Gabon de demain est en mesure de relever. Probablement pas tout seul. Mais jouissant de la confiance de ces partenaires, désireux de continuer à progresser sur la voie du développement durable et conscient que ce chemin ne pourra être conduit sans de profondes réformes, le Gabon s'engage avec espoir dans le 21ème siècle.

Espérons que les remous socio-économiques agitant la sous-région ne confineront pas l'Etat gabonais dans une politique de ses moyens mais que toute la Nation se donnera les moyens de sa politique. Ces moyens qui ont commencé par une réflexion approfondie et un aveu sur les dysfonctionnements des rouages du système sanitaire, doivent maintenant trouver leur expression dans des activités maîtrisées, coordonnées et pérennisées.

Le Gabon en effet a tous les atouts dans son jeu pour réussir une politique contemporaine de la santé qui tout en prenant en compte les particularités nationales doit se conformer aux règles de la mondialisation.

Tout échec dans ce domaine serait une renonciation à l'exemplarité régionale voire africaine, et l'aveu d'un abandon des populations à elles-mêmes.

bibliographie

UNICEF

Gabon. 1998. plaquette d'information. 20 pp.

Lawson T.

Marchés Tropicaux. 1999. 2380-2381
LE GABON AFFRONTÉ UNE CRISE DE SANTE.

Ministère de la Santé Publique et de la Population

MSP. Gabon. 1997. document. 63 pp.
PLAN NATIONAL D'ACTION SANITAIRE (1998 - 2000).

Perret J.-L., Kombila M., Pemba L.-F.

Médecine Tropicale. 1997 ; 57 : 337-342.
GABON : LE SYNDROME DE LA PANOPLIE

Thuilliez V., Vierin Y.

Médecine Tropicale. 1994 ; 54, 3S: 29.
LE POIDS DE LA DERAPANOCYTOSE EN MILIEU PEDIATRIQUE AU GABON.

Philipps J., Radloff P., Wernsdorfer W., Kreamsner P.

Am. J. Trop. Med. 1998 ; 58, 5 : 612-618.
FOLLOW-UP OF THE SUSCEPTIBILITY OF PLASMODIUM FALCIPARUM TO ANTMALARIALS IN GABON.

Lell B., Luckner D., Ndjavé M., Scott T., Kreamsner P.

Lancet. 1998 ; 351 : 709-713.
RANDOMISED PLACEBO-CONTROLLED STUDY OF ATOVAQUONE PLUS PROGUANIL FOR MALARIA PROPHYLAXIS IN CHILDREN.

Le Hesran J.-Y., Delaporte E., Gaudebout C., et al.

International Journal of Epidemiology. 1994 ; 23 : 812-817.
DEMOGRAPHIC FACTORS ASSOCIATED WITH HTLV-1 INFECTION IN A GABONESE COMMUNITY.

Myers G.

Science. 1992, 256, 5063 : 1502
AIDS ORIGIN.

Delaporte E., Janssens W., Peeters M., et al.

AIDS. 1996; 10: 903-10.
EPIDEMIOLOGICAL AND MOLECULAR CHARACTERISTICS OF HIV INFECTION IN GABON, 1986-1994.

ONUSIDA

Onusida. 1999. 99/29F
LE RAPPORT DE L'ONUSIDA.

UNAIDS, WHO. 1998

EPIDEMIOLOGICAL FACT SHEET ON HIV/AIDS AND SEXUALLY TRANSMITTED DISEASES.

Louis J.P., Trebucq A., Hamono B., et al.

Annales de la Société belge de Médecine Tropicale.
1992, 72: 233-5.
SITUATION DE L'INFECTION A VIH A LIBREVILLE, GABON. EVOLUTION DE 1986 A 1991.

Berteau F., Mention J., Tisedre J., et al.

Bulletin de la Société de Pathologie Exotique.
1993, 86, 1: 12-15.
EVALUATION DE LA SEROPREVALENCE VIH ET HTLV DANS LA PROVINCE DU HAUT-OGOOUÉ AU GABON CHEZ LES FEMMES ENCEINTES ET LES DONNEURS DE SANG.

Bertherat E., Nabias R., Georges J., Renaut A.

Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene. 1998, 92, 393-94
SEROPREVALENCE OF RICKETTSIA IN A GOLD-PANNING POPULATION IN NORTH-EASTERN GABON

Perret J.L., Boguikouma J.B., Ngeumby-Mbina C.

VIème Conférence Internationale sur le SIDA et les M.S.T en Afrique, Dakar, 1991, abstract TA136
SEROPREVALENCE HIV ET SIDA EN 1991 DANS UN SERVICE DE MEDECINE DE LIBREVILLE, GABON

Okome Kouakou M., Milleliri J.-M., Tévi-Bénissan C., et al.

Conférence Internationale sur le Sida en Afrique, Abidjan, 1997
CHARGE HOSPITALIERE DE L'INFECTION PAR LE VIH/SIDA
ENQUETE D'UN JOUR DANS UN SERVICE DE MEDECINE INTERNE EN 1997, LIBREVILLE, GABON

Malonga-Mouelet G., Tévi-Bénissan C., Milleliri J.-M., et al.

Conférence Internationale sur le Sida en Afrique, Abidjan, 1997
SITUATION DE L'INFECTION A VIH/SIDA EN MILIEU CARCERAL A LIBREVILLE, GABON, EN 1997

Milleliri J.-M., Tévi-Bénissan C., Boumah A., et al.

Conférence de Médecine Tropicale - Actualités du Pharo, Marseille, 1998
SURVEILLANCE EPIDEMIOLOGIQUE DU VIH/SIDA PAR UN RESEAU DE LABORATOIRES AU GABON.
ANALYSE DES DONNEES DE 1997

Niyonsavye C., Milleliri J.M., Ndembet L.J., et al.

Conférence Internationale sur le Sida en Afrique, Abidjan, 1997
ROLE DES MEDIAS DANS LA LUTTE CONTRE LE SIDA AU GABON
EXEMPLE D'UNE CAMPAGNE DE PRESSE

Yvert F., Riou J.-Y., Frost E., et al.

Pathologie biologique. 1984, 32, 2 : 80-84.
LES INFECTIONS GONOCOCCIQUES AU GABON (HAUT-OGOUE)

Bertherat E., Georges-Courbot M.-C., Nabias R., Georges A.-J., Renaut A.

Int. J. STD and AIDS. 1998, 9, 1 : 31-36
SEROPREVALENCE OF FOUR SEXUALLY TRANSMITTED DISEASES IN A SEMI-URBAN POPULATION IN GABON.

Bourgeois A., Henzel D., Dibanga G. et al.

Cahiers Santé. 1996 ; 6: 115-21.
ELABORATION ET EVALUATION D'ALGORITHMES DE DEPISTAGE DES MST CHEZ LA FEMME ENCEINTE A LIBREVILLE, GABON.

Ndjoyi Mbiguino A., Ovono Ovono J., Mihindou H., et al.

XIème Conférence sur le Sida et les MST en Afrique, Lusaka, 1999. abstract 13PT54-6
ETIOLOGIE DES INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES AU GABON

BD Boom

BD BOOM EXPOSE LA CAPOTE. 1999 LIBREVILLE. 48 PP.

Delaporte E., Peeters M., Placca N., et al.

VIème Conférence Internationale sur le SIDA et les MST en Afrique, Dakar, 1991, abstract TA 158
FACTEURS DE RISQUE DE SEROPOSITIVITE HTLV-I CHEZ LES ENFANTS HOSPITALISES A FRANCEVILLE, GABON.

Ella Assa C.Y.

Ministère de la Santé. Plan National d'Action Sanitaire. juil. 1997. Libreville. doc. 22pp.
REHABILITATION DE LA TRANSFUSION SANGUINE EN REPUBLIQUE GABONAISE.

Gentilini M., Chièze F.

Opals et John Libbey Eurotext Ed. 1999, Montrouge, 168 p.
L'OPALS ET LES CENTRES DE TRAITEMENT AMBULATOIRE DU SIDA EN AFRIQUE. L'ART ET L'URGENCE DES POSSIBLES.

Boumah A.

Afrique Médecine Santé. 1997 ; 4 : 57-59.
LA LUTTE CONTRE LE SIDA AU GABON.

Johnson K., Webb P., Lange J., Murphy F.

Lancet. 1977 ; i : 569-71.
ISOLATION AND PARTIAL CHARACTERISATION OF A NEW VIRUS CAUSING ACUTE HAEMORRHAGIC FEVER IN ZAIRE.

WHO. Report of WHO/International study team.

Bull. WHO 1978; 56 : 271-93.
EBOLA HAEMORRHAGIC FEVER IN SUDAN, 1976.

WHO. Report of WHO/International study team.

Bull. WHO 1978 ; 56 : 247-70.
EBOLA HAEMORRHAGIC FEVER IN ZAIRE, 1976.

WHO.

Weekly Epidemiological Record. 1995 ; 70 : 241-242.
EBOLA HAEMORRHAGIC FEVER.

Le Guenno B., Formenty P., Wyers M., et al.

Lancet 1995 ; 345 : 1271-4.
ISOLATION AND PARTIAL CHARACTERISATION OF A NEW STRAIN OF EBOLA VIRUS. LANCET 1995; 345: 1271-4.

Georges A.-J., Leroy E.-M., Renaut A.-A., et al.

Journal of Infectious Diseases. 1999 ; 179, S : 65-75.
EBOLA HEMORRHAGIC FEVER OUTBREAKS IN GABON, 1994-1997 : EPIDEMIOLOGICAL AND HEALTH CONTROL ISSUES.

Amblard J., Obiang P., Edzang S., et al.

Lancet. 1997 ; 349, 9046 : 181-182.
IDENTIFICATION OF THE EBOLA VIRUS IN GABON IN 1994.

WHO.

Weekly Epidemiological Record. 1996 ; 71 : 125-126.
OUTBREAK OF EBOLA HAEMORRHAGIC FEVER IN GABON OFFICIALLY DECLARED OVER.

Baize S., Leroy E.-M., Georges-Courbot M.-C., et al.

Nature Medecine. 1999 ; 5 : 423-426.
DEFECTIVE HUMORAL RESPONSES AND EXTENSIVE INTRAVASCULAR APOPTOSIS ARE ASSOCIATED WITH FATAL OUTCOME IN EBOLA VIRUS-INFECTED PATIENTS.

Georges-Courbot M.-C., Sanchez A., Lu Cy, et al.

Emerg. Infect. Dis. 1997 ; 3 : 59-62.
ISOLATION AND PARTIAL CHARACTERIZATION OF EBOLA VIRUSES CAUSING DIFFERENT OUTBREAKS IN GABON.

Nicot S.

Mémoire de DESS. Pau. 1998, 72 p.
PROJET LINGUISTIQUE. UN NOUVEAU VIRUS : EBOLA.