



LES HUMANITAIRES FACE À ÉBOLA QUAND TOMBENT LES MASQUES

*HUMANITARIAN WORKERS CONFRONTED
WITH EBOLA: WHEN THE MASKS FALL*

Par Evelyne JOSSE*

ARTICLE ORIGINAL

RÉSUMÉ

Risque de contagion, inconfort de la tenue de protection, surcharge de travail, situations de danger, confrontation à la mort et à des personnes en grande souffrance sont le lot du personnel humanitaire venant en aide aux populations dans les régions concernées par les épidémies à virus Ébola.

MOTS-CLÉS

Ébola, Personnel humanitaire, Stress, Flame-out, Traumatisation vicariante, Stress cumulatif.

SUMMARY

Risk of contagion, uncomfortable protective clothing, work overload, danger, facing death and people with great suffering: this is the lot of humanitarian workers who come to help the population in areas concerned by the Ebola epidemic.

KEYWORDS

Ebola, Humanitarian workers, Stress, Flame-out, Vicarious traumatization, Cumulative stress.

* Psychologue, psychothérapeute, consultante en psychologie humanitaire, 14 avenue fond du diable, 1310 La Hulpe, Belgique.
evelynejosse@gmail.com - www.resilience-psy.com



INTRODUCTION

L'ampleur de la dernière épidémie à virus Ébola et les craintes d'une propagation mondiale de la maladie ont placé sous le feu des projecteurs cette problématique peu connue. Les scientifiques, les professionnels de la santé et les responsables politiques se sont attelés à organiser la lutte contre ce fléau et à apporter leur soutien aux pays concernés. Parallèlement, la couverture médiatique a éveillé un vif intérêt au sein du grand public.

Depuis le mois de mars 2014, les organisations humanitaires ont dépêché de nombreux expatriés dans les régions concernées par l'épidémie pour venir en aide aux populations en danger. C'est aux difficultés qu'ils rencontrent sur le terrain qu'est dédié le présent article. Commençons par rappeler quelques notions essentielles sur la maladie à virus Ébola.

ÉBOLA, L'ESSENTIEL

La maladie Ébola doit son nom à une rivière de la République Démocratique du Congo. C'est près de ses berges, à l'hôpital de Yambuku, dans la région de l'Équateur, que le virus a été identifié en 1976 par un médecin belge, le Docteur Peter Piot.

Le virus Ébola, d'apparence filamenteuse, appartient à la famille des filovirus. Certaines espèces tropicales de chauves-souris frugivores constituent vraisemblablement son réservoir naturel ; celles-ci sont porteuses saines et ne présentent pas de signes cliniques de la maladie.

Le virion se transmet à l'homme par le contact avec du sang, des sécrétions, des organes ou des liquides biologiques de chauves-souris porteuses du virus ou d'animaux sauvages (singes, antilopes, porcs-épics, etc.) infectés par les chiroptères.

La contamination interhumaine se produit par le contact direct des muqueuses (de la bouche, du nez, des yeux, etc.) ou de lésions cutanées avec les fluides du corps dont les plus infectieux sont le sang, les selles et les vomissures. L'urine, le sperme, les sécrétions vaginales, la salive, les larmes et lait maternel présentent également un risque infectieux.

La période d'incubation varie de 2 à 21 jours. Dans une grande majorité de cas, les premiers symptômes surviennent entre le quatrième et le neuvième jour. Le taux de létalité est très élevé et peut atteindre 90% pour la souche virale la plus virulente (1).

La maladie Ébola débute par des symptômes non spécifiques de type grippal : fortes fièvres, fatigue, dou-

leurs musculaires, céphalées, perte d'appétit, nausées, etc. Apparaissent ensuite une faiblesse extrême, des diarrhées, des vomissements, des hémorragies, des troubles rénaux et hépatiques.

En période d'incubation d'Ébola, la personne ne présente pas de risque pour son entourage, la contagiosité ne débutant qu'avec la phase symptomatique de l'infection. Plus la maladie est à un stade avancé, plus la charge virale est importante et plus la personne est contagieuse. Les dépouilles mortelles constituent de véritables bombes à virus et sont extrêmement dangereuses. Pour les malades guéris, la contagiosité prend fin avec la disparition des symptômes. Toutefois, la détection prolongée après la guérison clinique de matériel viral dans le sperme, incite à la prudence dans les semaines postcritiques. Le recours au préservatif est indispensable pendant trois mois.

Entre 1976 et 2013, le virus a sévi par petites épidémies sporadiques au Gabon, en République Démocratique du Congo, en Ouganda et au Soudan. La dernière épidémie a débuté en Guinée, probablement en décembre 2013 et a été formellement identifiée en mars 2014. Elle s'est étendue rapidement à plusieurs régions du pays avant de gagner le Liberia et la Sierra Leone. Des cas ont également été notifiés au Nigeria, au Sénégal et au Mali. D'une ampleur sans précédent, cette flambée épidémique a inquiété le monde entier.

À ce jour, il n'existe aucun traitement curatif ni vaccin homologué contre l'infection. La prise en charge médicale se limite à soutenir l'organisme le temps nécessaire pour lui permettre de développer les anticorps capables de combattre et d'éliminer le virus. Les soins consistent à traiter les symptômes (déshydratation, nausées, fièvre, douleur, etc.) et les pathologies concomitantes (paludisme, surinfections, etc.) et à administrer une prophylaxie antibiotique et antipaludique. La correction par médications intraveineuses et orales des désordres hydroélectrolytiques provoqués par les diarrhées et les vomissements ainsi que le traitement des infections intercurrentes améliorent sensiblement les chances de survie des patients. Actuellement, des essais cliniques de traitement et de vaccins sont en cours et donnent quelque espoir pour l'avenir.

LE STRESS DE HUMANITAIRES CONFRONTÉS À ÉBOLA

La peur de la contamination

Lorsqu'on évoque Ébola, le premier facteur de stress qui vient à l'esprit est sans nul doute la crainte de contracter le virus.

(1) À ce jour, il existe 5 souches connues dont l'une, appelée Ebola Reston, est complètement asymptomatique chez l'homme. Le taux de mortalité est directement lié au type de la souche virale.



Dans les structures de soins, les expatriés sont confrontés aux malades et aux dépouilles de patients décédés des suites d'Ébola. Ils sont donc indubitablement exposés au risque de contagion. Ce risque est peu élevé mais possible comme en attestent les quelques cas de contamination de collaborateurs nationaux et internationaux d'organisations humanitaires. Ainsi, vingt huit collaborateurs de Médecins Sans Frontières, dont trois expatriés, ont été infectés par le virus et quatorze d'entre eux y ont succombé (2). Certes, les intervenants ont confiance dans les mesures recommandées pour se prémunir d'un contact direct avec les fluides infectés et suivent scrupuleusement les procédures protectives. Toutefois, ils redoutent l'accident, par exemple, d'être piqués par une aiguille infectée en plaçant une perfusion à un patient agité. Ils craignent également de commettre une erreur dans un moment d'inattention. En effet, chacun sait que la fatigue altère les capacités de concentration et dans ce contexte, toute distraction peut entraîner des conséquences funestes.

Cette vigilance constante pour éviter tout risque de contamination induit un stress chronique. À l'image d'une goutte d'eau qui peu à peu, entame et creuse la pierre sur laquelle elle vient inexorablement tomber, l'état d'alerte permanent peut venir à bout des individus les plus résistants.

Dans la ville et les villages, hors du périmètre de l'hôpital où sont traités les patients, les expatriés risquent d'entrer en contact avec une personne infectée. C'est le cas des équipes expédiées sur les lieux où une alerte de nouveaux cas potentiels (3) a été lancée ainsi que celles chargées des funérailles de cas suspects survenus dans les villages. Bien entendu, dans ces situations, les humanitaires respectent des procédures protectives drastiques. Ainsi, tout contact physique non protégé est proscrit (ils ne serrent pas les mains pour saluer, ils revêtent une tenue de protection dans les situations à risque, etc.). Cependant, des contacts accidentels sont parfois inévitables notamment dans les zones reculées où l'étranger est une attraction pour les enfants qui accourent, saisissent sa main et s'accrochent à son bras avant qu'il ait eu le temps de réagir. De même, au

(2) Soulignons toutefois que la majorité d'entre eux se sont infectés en dehors de la sphère du travail. Après investigation, le nombre d'infectés dans les structures de soins ou pendant le temps travail est de trois expatriés et de trois membres du personnel local.

(3) Ils réfèrent les cas suspects vers les structures de soin.

(4) Résultant du port de la tenue de protection, voir infra.

(5) Inquiets, nombre d'entre eux vérifieront, par exemple, leur température à de multiples reprises.

(6) Lorsqu'ils présentent ce type de symptômes, Médecins Sans Frontières prend les mesures adéquates pour son personnel et effectuent les tests médicaux nécessaires.

(7) Le fait d'avoir adopté les précautions d'usage habituelles (port d'un masque, de gants, etc.) les a protégés.

marché ou autres lieux d'affluence, les frôlements corporels sont souvent immanquables. Le risque de contracter Ébola par ces attouchements fortuits est infinitésimal, sinon nul, mais l'humanitaire stressé et épuisé qui s'est, par exemple, machinalement frotté l'œil avant de s'être désinfecté les mains peut imaginer les pires scénarii mentaux et angoisser.

La chaleur, la déshydratation (4) et la fatigue aidant, des expatriés peuvent éprouver de légers malaises, souffrir d'une migraine ou avoir l'impression d'être fiévreux. Ces symptômes anodins peuvent évoquer les premiers signes de la maladie Ébola. Les humanitaires risquent alors d'être victimes de leur imagination et de se raconter des films-catastrophe (5). D'autres peuvent souffrir d'une simple fièvre ou d'une diarrhée banale et interpréter à tort ces symptômes comme une infection par le virus (6).

Les craintes peuvent être majorées du fait que le rapatriement rapide dans le pays d'origine n'est pas assuré. En effet, face aux réticences des assurances ordinaires à transporter des patients possiblement infecté par le virus Ébola, les agences humanitaires sont souvent contraintes d'affréter un avion médicalisé privé. Dans le scénario du pire, l'humanitaire peut alors s'imaginer agonisant loin des siens.

Dans certains cas, la suspicion de contamination est malheureusement fondée. Par le passé, il est arrivé que des humanitaires soient les premiers à poser le diagnostic d'Ébola après avoir constaté que leurs patients présentaient des signes hémorragiques. Étant intervenus auprès de malades sans la tenue ad hoc (7), ils ont été considérés comme « personne-contact » et ont été en situation d'attente dramatique concernant leur statut virémique durant les 21 jours d'incubation. Au cours de la dernière épidémie, cette attente anxieuse a également été le lot des quelques collaborateurs nationaux et internationaux ayant manifesté une forte fièvre. Pour une minorité le diagnostic s'est révélé positif ; les autres en ont été quittes pour une grosse frayeur.

LES EXIGENCES PHYSIQUES

La tenue de protection

Pour se prémunir d'une contamination par les fluides biologiques et les surfaces infectés, le personnel soignant et les équipes d'hygiène en contact avec les malades et les dépouilles mortelles doivent porter une tenue couvrant complètement la peau et les muqueuses buccales et oculaires. Une dizaine de minutes est nécessaire pour revêtir cet équipement de protection composé d'une tenue chirurgicale, d'une combinaison intégrale étanche, de bottes en caoutchouc, d'un long tablier imperméable, d'une double



paires de gants, d'une cagoule, d'un masque respiratoire et de lunettes-masque.

Dans les pays Africains, en raison de la chaleur et de l'humidité ambiante, la température sous la tenue peut atteindre 45 °C. Rapidement, la sueur coule le long du corps jusque dans les bottes et le visage ruisselle de transpiration ; la vue est gênée par la buée formée sur les lunettes et des perles de sueur tombent dans les yeux. Physiquement, il est pénible de rester plus d'une heure en tenue complète. Au-delà d'une heure-une heure trente, la déshydratation et l'hyperthermie menacent.

Le port de cette tenue protectrice gêne également les déplacements, réduit l'aisance des mouvements, entrave la dextérité et réduit le champ de vision. Or, les gestes médicaux routiniers, tels que réaliser une prise de sang ou poser une perfusion, réclament doigté et netteté de la vue. Le personnel médical et infirmier est ainsi embarrassé au quotidien dans l'exécution de ses tâches coutumières. C'est également vrai pour les hygiénistes responsables du transport des corps et de l'entretien des chambres ainsi que des logisticiens qui doivent parfois changer des ampoules électriques à trois mètres de haut !

À l'inconfort physique s'ajoute la crainte d'éprouver un malaise car tout « coup de chaud » pourrait avoir de fâcheuses conséquences. En effet, en cas d'évanouissement, l'intervenant risque, par exemple, lors de sa chute, de perdre les lunettes de protection et de se contaminer au contact du sol souillé. Il mettrait également en danger ses collègues qui devraient se précipiter pour lui porter secours.

Notons encore la difficulté éprouvée par les intervenants à établir un contact chaleureux et rassurant avec des malades qui ne peuvent les identifier. En effet, le visage dissimulé par la cagoule, le masque et les lunettes, rien ne permet de les distinguer les uns des autres (8).

Tout comme l'habillage, le déshabillage nécessite une dizaine de minutes. La procédure est rigoureuse. L'humanitaire doit retirer les différentes protections en exécutant des gestes précis suivant un ordre déterminé. Ôter la tenue souillée est une phase délicate. Commettre une erreur à ce stade peut conduire à l'exposition à des liquides biologiques ou à du matériel infecté et entraîner un risque de contamination. Débarrassé de sa combinaison, c'est trempé de sueur et fourbu que l'humanitaire quitte la « zone à haut risque » (9).

On l'aura compris, l'inconfort, la chaleur, la tension psychologique constante, la crainte de la contamination, de l'erreur ou du malaise sont des facteurs importants de stress répété. Jour après jour, la fatigue

et le stress s'accumulent pouvant pousser l'humanitaire au-delà de son seuil de tolérance.

Dans ce type de mission, nul n'est totalement à l'abri de l'angoisse car le stress permanent contribue à un état d'anxiété propice à son développement. L'intensité décuplée des efforts physiques résultant du port la tenue protectrice et la température élevée qu'elle génère, l'inconfort à respirer à travers le masque et la fatigue peuvent eux aussi favoriser la crise.

La charge de travail

Les humanitaires œuvrent dans des conditions difficiles, de longues heures par jour et de nombreux jours d'affilée, souvent sans période de relâche. La demande est tellement pressante qu'ils peinent à respecter des horaires de travail raisonnables et à s'accorder des jours de repos. Pour tenter de sauver des vies, soulager les malades ou construire les infrastructures d'accueil, certains vont au-delà du seuil physiquement acceptable ; ils travaillent douze heures par jour, sept jours sur sept, plusieurs semaines consécutives.

Mus par leur idéal, les humanitaires dénieient ou méprisent leur fatigue, s'obstinent et refusent l'échec. Un piège réside pour eux dans le dépassement de leurs limites. Ils risquent d'entrer dans une phase de stress dépassé sans en avoir perçu les signaux précurseurs. L'épuisement peut alors apparaître brusquement : c'est le *flame-out*. On peut comparer cette extinction inopinée des mécanismes d'adaptation au stress à ce qui se produit lorsqu'un automobiliste poursuit sa route sans tenir compte ou sans percevoir le signal lumineux indiquant qu'il roule sur la réserve de carburant : le véhicule stoppe inopinément une fois le réservoir vidé. À l'inverse du *burn-out*, le *flame-out* s'amende rapidement à la faveur d'une courte période de repos (vacances, week-end prolongé).

LES EXIGENCES ÉMOTIONNELLES

Des patients en soins palliatifs

La profession d'humanitaire, et de soignant en particulier, a pour vocation de sauver des vies. Or, entre 50 et 90% des patients admis dans les structures de santé succombent des suites de la maladie Ébola, la prise en charge médicale se résumant fréquemment à prodiguer des soins palliatifs à des malades en phase terminale. Seul un traitement intensif administré dès les premiers signes de l'infection donne quelque chance de survie (10) ; malheureusement, un grand nombre

(8) Pour se faire reconnaître, nombre d'entre eux inscrivent leur prénom sur leur combinaison.

(9) Zone où sont hospitalisés les cas suspects et les cas confirmés.

(10) Toutefois, nous devons à la vérité de préciser que le facteur influençant le plus fortement le pronostic vital est la virémie. Plus la charge virale dans le sang est importante, plus les chances de survie sont faibles, même si le malade a été hospitalisé précocement.



de personnes infectées se présentent à l'hôpital à un stade avancé de la maladie, réduisant à néant tout espoir de guérison.

Diverses raisons expliquent le retard dans les soins apportés aux malades. Analysons-les.

Les rumeurs

Comme dans toute épidémie mortelle (11), de multiples rumeurs éclosent et se propagent rapidement, tant sur la maladie Ébola que sur les soignants étrangers impliqués dans la lutte contre l'épidémie. Voici quelques-unes des croyances erronées les plus fréquemment colportées : le virus Ébola n'existe pas, la maladie provient d'un sort jeté par un sorcier pour punir les villageois (12) ; le virus a été créé par les Occidentaux et introduit en Afrique par les organisations humanitaires qui prétendent le combattre ; le personnel sanitaire s'adonne au trafic d'organes : les malades sont tués pour prélever les parties de leur corps destinées à la vente et les dépouilles mortelles sont remplacées par des chiffons dans les sacs mortuaires ; les produits pulvérisés dans les maisons des malades contiennent du virus Ébola ou un poison mortel semblable aux pesticides et non une solution chlorée désinfectante.

Ces rumeurs ont des conséquences désastreuses et contribuent à la propagation de l'épidémie. Les incompréhensions et les malentendus provoquent la défiance des communautés touchées envers le personnel humanitaire et des centres de soins privant trop souvent les malades d'une aide médicale précoce. Des personnes souffrantes taisent leurs malaises au risque de contaminer leur entourage et des familles dissimulent les malades au péril de leur propre vie. Souvent, la décision de rejoindre l'hôpital n'est prise qu'en dernier recours devant la dégradation dramatique de l'état général. Admis à l'hôpital au stade terminal de la maladie, les patients décèdent rapidement, ce qui conforte la méfiance des populations à l'égard des structures hospitalières considérées comme des mouroirs.

La stigmatisation

Ébola, maladie hautement virulente, sans remède et souvent létale, frappe les populations locales d'effroi. Les malades et leurs proches subissent l'ostracisme de leur communauté, quand ils ne sont pas carrément

(11) Par exemple, les rumeurs sont fréquentes dans les épidémies de choléra. Elles l'ont été également dans les épidémies hémorragiques à virus de Marburg et dans les précédentes épidémies à virus Ébola.

(12) L'idée selon laquelle le virus Ébola n'existe pas, la maladie étant le résultat de la sorcellerie, a prédominé dans une épidémie précédente en République Démocratique du Congo.

(13) Par exemple, lors d'une épidémie précédente survenue en République Démocratique du Congo : immolation d'animaux, imposition des mains, désenvoûtement, scarifications, prières, etc. Dans l'épidémie actuelle, en Guinée, potion à base d'oignon et au Libéria, eau salée.

victimes d'actes de violence. La crainte de la stigmatisation et du rejet social doublée de la peur et de la suspicion à l'égard des organismes humanitaires les incitent trop souvent à retarder la prise en charge hospitalière, voire à y renoncer et à préférer des remèdes traditionnels inefficaces (13).

La crainte de l'isolement

D'autres raisons expliquent les réticences des malades et de leurs proches à rejoindre les structures de soins spécialisées. La plupart des malades redoutent d'être à l'hôpital, isolés, sans le soutien de leurs proches, alors qu'il est de coutume d'être veillé par un proche. Dans certains centres, les visites sont autorisées mais afin de limiter au maximum les risques d'infection, seules deux personnes de la famille sont admises à pénétrer dans la chambre, une seule à la fois. Dans d'autres cas, seules les visites « externes » dans des zones de rencontres proches des tentes ou des chambres des malades sont admises. Les patients valides échangent ainsi à distance avec leurs visiteurs maintenus hors de la zone à haut risque de contamination. Quant aux malades grabataires, ils reçoivent un téléphone portable afin de pouvoir communiquer avec leurs proches.

Aucune médication n'existant pour traiter l'infection, les personnes peinent à comprendre l'intérêt d'être hospitalisées et préfèrent mourir dans leur village, entourés de leurs proches. D'autres, épouvantés à l'idée d'être infectés par le virus s'enferment dans le déni de réalité, préférant croire qu'ils sont atteints de paludisme. D'autres encore sont sceptiques et mettent en doute l'existence même d'Ébola.

L'impossibilité d'administrer des médications curatives ainsi que la difficulté à apporter des soins précoces aux malades et à briser la chaîne de la transmission de l'infection peut engendrer chez les humanitaires des sentiments d'impuissance et d'échec, de la frustration et de la colère. L'ampleur de l'épidémie et la lenteur de la réponse internationale contribuent à renforcer ces sentiments.

La gestion des cadavres

Les obsèques sont un sujet sensible. Dans toutes les cultures, les funérailles représentent davantage que la simple inhumation ou crémation d'une dépouille. En effet, elles exercent une double fonction symbolique de transition. D'une part, elles représentent le passage du défunt de la société des Hommes, située sur terre, au monde des morts, établi dans l'invisible (envisagé comme le royaume des dieux ou des esprits, une autre forme de vie, etc.). Elles s'accompagnent également d'un changement de statut : la personne décédée cesse d'être un membre vivant de la famille et de la communauté pour devenir un ancêtre. D'autre part, les obsèques initient la séparation définitive des proches d'avec la personne décédée. Dans ce cadre, elles leur



offrent l'occasion d'exprimer leur chagrin et de recevoir le soutien de leur communauté selon des modes culturellement prescrits. Elles instituent également leur changement de statut et de rôle (par exemple, le conjoint devient le veuf, le fils aîné devient le chef de famille, etc.).

Les parents endeuillés répugnent à déroger aux règles funéraires traditionnelles et religieuses. Tout manquement à celles-ci leur inspire de la crainte (par exemple, conséquences fâcheuses pour le repos du défunt, colère du mort ou de Dieu déclenchée par la non-observance des rites, etc.), sentiments de culpabilité de faillir à son devoir envers le disparu, etc.

Les corps des personnes décédées des suites de la maladie Ébola sont redoutablement contagieux. Or, les rites funéraires culturels et religieux impliquent des contacts physiques avec le défunt. Traditionnellement, lorsqu'une personne décède, les proches procèdent à la toilette mortuaire du défunt. Ensuite, la famille, les amis, les voisins, les représentants religieux et les notables se réunissent autour du cadavre pour le pleurer. Ils le touchent et l'embrassent (14, 15) avant de l'accompagner jusqu'à sa dernière demeure.

Pour éviter les risques de contagion, la gestion des cadavres est assurée par les organisations humanitaires et les mesures d'hygiène imposées pour éviter la contamination empêchent de rendre les hommages funèbres culturellement prescrits (sépulture et site d'inhumation (16), pratique des rituels, etc.).

Vêtus d'une tenue de protection, les hygiénistes désinfectent les dépouilles à l'eau chlorée, les placent dans un sac mortuaire et procèdent à leur ensevelissement. Ce traitement peut choquer ou offenser les affligés car dans la majorité des cultures, le cadavre reste un membre de sa communauté et ne peut être traité comme une simple dépouille.

L'ingrate besogne des hygiénistes est éprouvante psychologiquement. Ils doivent souvent enterrer plusieurs personnes le même jour, des hommes, des femmes mais aussi des enfants. Outre la charge émotionnelle de cette confrontation répétée à la mort, ils

(14) Il existe des différences culturelles selon les pays, les régions, les ethnies et les convictions religieuses. Par exemple, dans certaines cultures, la toilette mortuaire est assurée par les femmes matures quel que soit l'âge et le sexe du défunt ; dans d'autres, par des parents proches du même sexe. Dans certaines communautés, la dépouille est veillée plusieurs jours ; dans d'autres, les obsèques sont réalisées aussi rapidement que possible après la survenue du décès.

(15) Ces signes d'affection sont très semblables à ceux manifestés en Europe à l'égard d'un être cher au moment de son décès. La plupart de ceux qui ont perdu un proche se rappelleront qu'ils ont eux aussi touché et embrassé la dépouille...

(16) Dans de nombreuses cultures, le défunt doit être enterré sur la terre de ses ancêtres. Or, lorsque le décès d'un malade atteint d'Ébola survient loin de son village natal, sa dépouille ne peut y être ramenée et doit être enterrée sur place. En Guinée, la législation d'urgence interdit d'ailleurs le transport des corps. Les cadavres sont inhumés dans un cimetière commun établi à proximité du centre de soins. Dans certains cas, il n'y a ni pierre tombale, ni cérémonie religieuse, et parfois, lorsqu'elle réside loin, pas de famille pour accompagner le défunt à sa dernière demeure.

doivent faire face à la douleur des familles endeuillées et inquiètes par rapport à leur propre santé.

Les hygiénistes s'acquittent de la gestion des cadavres au sein des structures hospitalières mais se rendent également dans les villages lorsqu'un décès suspect leur est signalé. Il n'est pas rare que les affligés refusent de leur livrer la dépouille. Les craintes, la culpabilité et les sentiments d'offense éprouvés par les communautés mêlés à la frustration et aux incompréhensions constituent un terrain fertile pour la violence. Ainsi, il arrive que la famille et les villageois insultent, menacent, voire agressent physiquement les agents humanitaires (jet de pierres, par exemple). Lorsque ces derniers ne parviennent pas à établir un dialogue, ils ne peuvent que quitter les lieux, laissant aux proches le soin d'inhumer le défunt à leurs risques et périls.

Les pratiques funéraires traditionnelles sont grandement responsables de la propagation du fléau Ébola. Échouer à convaincre les communautés de la nécessité de se conformer aux prescriptions préventives génère chez les humanitaires des sentiments d'impuissance, de la frustration, l'impression de fournir des efforts inutiles, de mener des actions vaines et d'accomplir un travail inefficace à endiguer l'épidémie.

L'agressivité et la violence des populations locales

Les mesures préventives de santé publique se heurtent aux pratiques et traditions des populations locales. Ainsi, proscrire de veiller les malades et d'organiser les préparatifs funèbres remet en cause les principes de sociabilité et de solidarité sur lesquels repose la culture africaine. Parmi les consignes hygiénistes les plus mal tolérées, citons également l'interdiction de saluer autrui selon l'usage, par une poignée de main ou par une accolade, ainsi que de consommer du gibier (17). Les populations vivent d'autant plus mal ces contraintes qu'elles ne les comprennent pas et qu'elles les interprètent comme une ingérence offensante des occidentaux dans leurs us et coutumes.

S'il y est invité, un occidental peut renoncer aisément à serrer la main de ses relations et opter pour des salutations alternatives, il en va autrement en Afrique où cette tradition est fortement ancrée. Refuser la poignée de main est extrêmement impoli, particulièrement celle d'un notable ou d'une personne âgée. Pour certains villageois, commettre un acte aussi discourtis est inimaginable, y compris dans le contexte épidémique de la maladie Ébola. Déroger à la culture semble parfois plus dangereux qu'encourir le risque de se contaminer, d'autant que ce risque est souvent minimisé ou nié.

(17) D'autres pratiques culturelles sont prosrites tels que l'imposition des mains sur les malades ou les scarifications pratiquées par des guérisseurs traditionnels. Il ne nous est pas possible, dans le présent article, de toutes les détailler.



Les villageois ne peuvent croire qu'un animal chassé ou trouvé mort en forêt présente un danger potentiel. Ils consomment de la viande de brousse depuis des temps immémoriaux et n'ont jamais eu à s'en plaindre. Incrédulés face à l'apparition subite du virus Ébola dans leur contrée, ils soupçonnent les Blancs d'en inventer l'existence ou de l'avoir volontairement introduit pour les dissuader de braconner la faune sauvage.

L'atteinte aux pratiques religieuses et socioculturelles traditionnelles ainsi que les folles rumeurs courant sur l'origine du virus et sur les actions des organisations humanitaires sont à l'origine de mouvements de résistance et de mécontentement, voire d'actes de violence, à l'égard du personnel impliqué dans la lutte contre l'épidémie. En divers endroits, des centres de soins ont été attaqués et pillés ; effrayés par la violence des assauts, des malades se sont enfuis mettant la communauté en danger et ruinant les efforts des humanitaires à endiguer le fléau. Régulièrement, des agents sont pris à partie. Ainsi, en 2014, en Guinée, des heurts ont été fatals à une dizaine de délégués locaux engagés dans des activités de sensibilisation et de communication.

Les volontaires s'engagent dans la lutte contre l'épidémie débordant de bonne volonté et d'enthousiasme. À leur arrivée sur le terrain, ils se trouvent confrontés à l'ingratitude des populations qu'ils viennent secourir et à des situations d'insécurité imprévues. Cette négation de la sincérité de leur engagement et l'agressivité dont ils sont l'objet génèrent des sentiments d'injustice, de la frustration, de la colère et de la peur. Fort heureusement, l'attitude reconnaissante des malades et de leur famille ainsi que la conviction de la justesse de leur action les motivent à continuer à témoigner de l'empathie aux communautés atteintes par le virus et à poursuivre leur action.

À l'hostilité de la population bénéficiaire souvent peu pressentie s'ajoutent les dangers inhérents au contexte sécuritaire du pays d'intervention. La présence de bandes armées lorsque l'épidémie sévit dans une zone de conflit, le banditisme et la criminalité sont autant de sources de stress rencontrées par les expatriés dans les missions Ébola.

La confrontation aux personnes en détresse

Dans les épidémies Ébola, les humanitaires sont confrontés à des situations qui leur font éprouver des émotions intenses : spectacle choquant de corps en déliquescence, enfants à l'agonie, malades et entourage en détresse, etc.

(18) Rappelons que le personnel travaille en tenue protectrice et qu'il ne peut rester plus d'une heure ainsi vêtu. Lorsque les malades sont nombreux, comme ce fut le cas dans la dernière épidémie, le temps imparti à chacun est réduit.

La vision des malades en phase terminale

La vision des malades en phase terminale est spectaculaire : détérioration rapide de l'état général, hémorragies, saignements des muqueuses, diarrhées et vomissements sanglants, etc. Généralement, au premier contact avec les malades, ces signes cliniques impressionnent le personnel médical pourtant rompu à soigner des personnes en piteux état et en fin de vie. Ils sont plus bouleversants encore pour les hygiénistes, sans formation médicale, chargés de l'entretien des chambres des patients et de la gestion des cadavres.

Les situations impliquant des enfants

Les situations impliquant des enfants comptent parmi les plus pénibles pour le personnel humanitaire. Elles suscitent des émotions particulièrement douloureuses lorsque la maladie touche des nourrissons et des enfants en bas-âge car leurs chances de survie sont quasi nulles. Les membres de l'équipe entourent les bambins d'attention sachant qu'ils succomberont probablement dans les jours suivants quels que soient les efforts qu'ils déploient. Lorsque l'un d'eux semble résister, ils nourrissent l'espoir de le sauver et sont d'autant plus meurtris si la maladie l'emporte. Ils éprouvent également de la peine de ne pouvoir rester que peu temps au chevet des enfants souffrants (18) ou bien encore d'être confrontés à des petits privés de l'attention bienveillante d'une mère, malade elle aussi ou décédée des suites d'Ébola.

La confrontation aux personnes en détresse

La maladie à virus Ébola expose les humanitaires à des personnes en grande détresse : des malades terrifiés à l'idée de mourir, des patients abandonnés à leur triste sort par des familles que la maladie terrorise, des endeuillés dont le foyer a été décimé en quelques semaines (19), etc. Alors que la souffrance des patients les pousse à manifester leur compassion et leur soutien, les soignants peuvent éprouver des difficultés à établir une relation de confiance vêtus étrangement d'une combinaison de protection, le visage masqué par une cagoule de protection.

Ces situations leur font éprouver des émotions intenses de façon répétée. À la longue, elles engendrent une surcharge émotionnelle à l'origine d'une forme d'épuisement professionnel nommée traumatization vicariante (20).

(19) L'épidémie peut emporter plus de quinze membres d'une même famille.

(20) Le terme « vicariant », issu du latin « vicarius », qui prend la place d'un autre, désigne un organe ou une fonction qui joue le rôle d'un autre organe ou d'une autre fonction déficients. Par extension, il désigne ce qui est acquis ou appris par observation.



L'annonce de mauvaises nouvelles

Les soignants doivent régulièrement transmettre des mauvaises nouvelles aux malades et à leur entourage. C'est aux médecins qu'il revient d'annoncer le diagnostic d'Ébola aux personnes infectées ou à leurs parents. Ils communiquent les résultats des tests médicaux à des adultes mais aussi à des jeunes à peine sortis de l'adolescence, à des parents d'enfants, à des femmes enceintes, à des patients dans le déni qui contestent le diagnostic, etc.

C'est aussi aux médecins qu'échoit la pénible tâche d'aviser l'entourage du décès d'un patient. Ils annoncent ainsi à des jeunes enfants qu'ils sont orphelins, à des parents qu'ils sont « désenfantés », à des époux qu'ils sont veufs, etc. En l'espace de quelques jours, ils doivent parfois informer une même famille de la mort de plusieurs des leurs. Un décès charrie pour les proches un cortège de conséquences douloureuses : des enfants orphelins sont placés dans la famille élargie, des adolescents deviennent chef de famille, des veuves privées du revenu de leur époux sont plongées dans la misère, etc. De plus, les proches ayant été en contact direct avec le défunt craignent d'avoir contracté le virus et de subir le même sort que lui. L'annonce de la mauvaise nouvelle engendre donc chez ceux qui la reçoivent angoisse et détresse. Dans les contextes émotionnels intenses faisant suite, par exemple, au décès d'un enfant ou d'une femme enceinte, une réaction violente de la part de l'entourage n'est pas exclue.

Pour nombre de médecins, accueillir les émotions des patients et de leurs proches est source d'anxiété, de tension, de nervosité et de tristesse. Ils peuvent se sentir démunis pour accomplir la mission d'annoncer des mauvaises nouvelles, surtout lorsqu'ils sont fatigués et qu'ils manquent de temps ou s'ils ont peu d'expérience des épidémies mortelles.

L'annonce du diagnostic et des décès concerne également les infirmiers et les psychologues chargés de la prise en charge des malades et de l'accompagnement des endeuillés. Ils encourent donc eux aussi le risque de souffrir d'une traumatisation vicariante en raison des émotions intenses éprouvées dans le cadre de leur travail. Les effets de cet épuisement professionnel se cumulent avec le temps. Dans sa forme ultime, il

conduit à ce que l'on nomme la fatigue de compassion (21).

LES CONSÉQUENCES DU STRESS

L'exposition prolongée au stress, parfois mineur, prévisible et répétitif ainsi que la confrontation à des événements pénibles ou traumatisants amène progressivement un stress cumulatif. À l'instar d'une calculatrice, le stress additionne tout : les pressions professionnelles, les situations de danger, les événements de vie, les petits tracas du quotidien, etc.

Le stress négatif des équipes sur le terrain engendre des risques tant au niveau individuel que collectif. Il est la cause des problèmes de santé les plus fréquemment observés chez les expatriés (22), avant le paludisme et les maladies liées à l'eau ou à l'hygiène de l'environnement.

Une personne en stress dépassé peut souffrir de symptômes somatiques ainsi que d'une détresse psychique importante (dépression, trouble anxieux, etc.) la poussant parfois à quitter prématurément la mission, voire à démissionner de l'organisation (23). Elle peut manifester des troubles du comportement suscitant ou exacerbant des conflits au sein de l'équipe et l'amenant à prendre des risques inconsidérés pour elle-même et pour autrui. Son efficacité professionnelle va progressivement se détériorer (24), hypothéquant la qualité de son projet, voire de la mission entière.

CONCLUSION

Dans les missions Ébola, les sources de stress sont multiples : risque de contagion, inconfort de la tenue de protection, surcharge de travail, situations de danger, confrontation à la mort et à des personnes en grande souffrance, etc. A cela peut s'ajouter des conditions de vie difficile : logement précaire sous tente, sans eau courante ni électricité ou vie communautaire dans des résidences surpeuplées offrant peu de possibilité d'intimité, climat éprouvant, longs déplacements pénibles sous un soleil écrasant ou sous la pluie battante pour atteindre des zones peu

(21) La compassion est un sentiment qui porte à percevoir ou ressentir la souffrance d'autrui et pousse à y remédier.

(22) D'après une étude récente, un tiers des expatriés récemment rentrés de mission montrent des signes significatifs de stress (Ehrenreich J. H., 2005).

(23) Selon une étude du CICR, il conduit à une fin anticipée pour 40% des expatriés (Bierens de Haan B., Van Beerendonk H., Michel N. et Mulli J.-C., 2002).

(24) Toujours selon l'étude du CICR, une personne sur quatre (26%) a vu sa capacité professionnelle sévèrement réduite en raison du « stress des humanitaires ». (Bierens de Haan B., Van Beerendonk H., Michel N. et Mulli J.-C., 2002).

accessibles, inquiétude de la famille pour la santé et la sécurité de l'expatrié, conflit personnel, etc. (25). Toutefois, malgré les risques encourus et la pénibilité du travail, la majorité des collaborateurs reviennent de leur mission, certes épuisés, mais avec le sentiment positif d'avoir contribué à lutter contre l'épidémie et surtout, d'avoir apporté un précieux soutien aux malades et à leur famille. C'est probablement ce qui explique que de si nombreux humanitaires souhaitent retourner sur les terrains où sévit Ebola. ■

(25) Josse, 2008.

BIBLIOGRAPHIE

- BIERENS DE HAAN B., VAN BEERENDONK H., MICHEL N., MUMMI J.-C., Le programme de soutien psychologique des intervenants humanitaires du Comité International de la Croix Rouge, *Revue Française de Psychiatrie et de Psychologie Médicale*, février 2002 - Tome VI - No 53.
- EHRENREICH J. H., *The humanitarian companion. A guide for aid, development, and human rights workers*, ITDG Publishing, Warwickshire, U.K., 2005.
- JOSSE E., Les expatriés dans la tourmente. Le stress humanitaire, www.resilience-psy.com/spip.php?article159, 2008.

MANUEL PRATIQUE D'ANTHROPOLOGIE MÉDICO-LÉGALE

TABLE DES MATIÈRES

Préface - Gilles DUTERTRE

Préface des auteurs - Tania DELABARDE, Bertrand LUDES

Partie 1. THÉORIE Chapitre 1.

La découverte : Méthodes de recherche et de relevage des corps squelettisés

I. Les méthodes de recherche et de localisation des corps enfouis - Yves SCHULLAR, Guillaume GALOU

II. Propositions méthodologiques pour le relevage in situ des restes humains squelettisés - Tania DELABARDE, Annie GERAUT, Bertrand LUDES, François WIRTZ, Patrice GEORGES

Chapitre 2.

De l'anthropologie physique à l'anthropologie médico-légale

I. Définitions de l'anthropologie - Gérald QUATREHOMME

II. Historique de l'anthropologie médico-légale en France - Gérald QUATREHOMME

III. L'examen technique d'anthropologie médico-légale - Tania DELABARDE

IV. Analyse ostéologique et dentaire - Anne BECART, Thomas COLARD, Tania DELABARDE

V. Le profil biologique (estimation du sexe, de l'âge au décès, de la stature...) - Craig CUNNINGHAM, Sue BLACK, Marie-Dominique PIERCECCHI-MARTI, Pascal ADALIAN, Georges LEONETTI, Laurent MARTRILLE, Clothilde ROUGE-MAILLART, Philippe CATHALA, Eric BACCINO, Tania DELABARDE, Erin KIMMERLE

Chapitre 3.

Les atteintes osseuses : analyse des lésions traumatiques et pathologiques

I. Définition et terminologie - Tania DELABARDE

II. Nature et propriétés du tissu osseux

III. Les traumatismes osseux - Tania DELABARDE, Douglas UBELAKER et Kristin MONTAPERTO, Carline CAPUANI, Norbert TELMON, Michael BOHNERT

IV. Les atteintes osseuses d'origine infectieuse et dégénérative - Philippe CHARLIER

Chapitre 4.

Identification. Les méthodes d'analyses pour l'identification des corps squelettisés

I. Les méthodes d'analyse permettant d'aboutir à une identification formelle - Bertrand LUDES, Christine KEYSER, Anne BECART

II. Les méthodes d'analyse permettant d'obtenir des critères d'orientation pour l'identification - Eric CRUBEZY, Daniel ROUGE, Norbert TELMON, Erin KIMMERLE, David WIDORY

Chapitre 5.

Les disparitions de masse. Les méthodes de recherche et d'identification

I. Le travail de recherche et d'enquête : l'exemple du TPIY - Jean-René RUEZ

II. Identification dans les disparitions de masse en France - Yves SCHULLAR

III. Interventions et méthodologie de l'équipe DVI en Belgique - Jean-Pol BEAUTHIER, François BEAUTHIER et Philippe LEFEVRE

IV. Les disparitions de masse et l'action humanitaire médico-légale : l'exemple du CICR - Morris TIDBALL-BINZ

Chapitre 6.

Ethique et restes humains

I. Restes humains, le corps : problèmes éthiques - Christian HERVE,

Philippe CHARLIER

II. Le statut juridique des restes humains en contexte muséal : corps objet ou corps sujet ? - Laure CADOT

Partie 2. CAS PRATIQUES

1. Recherche d'un corps dans une maison - Bertrand LUDES

2. Exhumation et relevage d'un corps squelettisé enterré dans une fosse clandestine - Audrey FARRUGIA-JACAMON

3. Dispersé par une pelle mécanique : exhumation et récupération exhaustive d'un corps squelettisé et des éléments matériels associés - Tania DELABARDE

4. L'homme de la forêt : technique de prospection, de relevage et d'analyse d'un corps squelettisé en surface - Douglas UBELAKER et Kristin MONTAPERTO

5. Technique de relevage et d'examen d'un corps retrouvé dans un véhicule carbonisé - Tania DELABARDE

6. Les os humains retrouvés en contexte aquatique - Tania DELABARDE

7. Découverte d'un corps ligoté et immergé dans une cagette - Annie GERAUT

8. L'enfant momifié - Craig CUNNINGHAM et Sue BLACK

9. Intérêt de la reconstruction osseuse dans l'analyse des lésions traumatiques complexes - Tania DELABARDE

10. Homicide-suicide : un exemple d'anthropologie médico-légale lésionnelle - Gérald QUATREHOMME

11. L'anthropologie médico-légale dans les catastrophes accidentelles : l'exemple du Mont Blanc - Yves SCHULLAR

12. Exhumation, analyse et identification dans les conflits armés : l'examen des victimes de Putis, Pérou - Jose Pablo BARAYBAR

13. L'examen du squelette pouvant être celui du conquistador de l'empire inca : Francisco Pizarro - Edwin Raúl GREENWICH CENTENO et Tania DELABARDE

Partie 3. ONGLETS

1. Imagerie, squelettes, os secs et anthropologie - Fabrice DEDOUIT, Frédéric SAVALL, Hervé ROUSSEAU et Norbert TELMON

2. Logiciel 3D-ID : Morphométrie géométrique pour la détermination du sexe et de l'origine biogéographique - Ann ROSS, Amanda R. HALE et Denis E. SLICE

3. Analyses génétiques et ADN dégradé - Bertrand LUDES et Christine KEYSER

4. Analyse toxicologique de restes squelettiques - Antoine TRACQUI

5. Histologie - Catherine CANNET

6. Estimation de l'intervalle post mortem à partir de restes osseux humains - Vanessa URZEL et Yves SCHULLAR

7. Entomologie : le rôle des insectes nécrophages dans le processus de décomposition et utilité en anthropologie - Damien CHARABIDZE et Valéry HEDOUIN

8. Le diagnostic de la noyade vitale par la recherche et l'identification de diatomées - Bertrand LUDES

9. Balistique lésionnelle - Jean Sébastien RAUL et Mikael PETIT

10. Les modèles éléments finis - Jean Sébastien RAUL

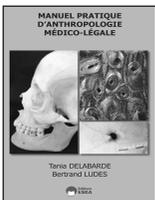
Annexes

Postface - Jean-Jacques LEFRERE

Index

BON DE COMMANDE À RETOURNER AUX ÉDITIONS ESKA

Contact : adv@eska.fr - 12, rue du Quatre Septembre - 75002 Paris - Tél. : 01 42 86 55 92 - www.eska.fr



Je désire recevoir l'ouvrage : « **MANUEL PRATIQUE D'ANTHROPOLOGIE MÉDICO-LÉGALE** » par Tania Delabarde et Bertrand Ludes - Code EAN 978-2-7472-2061-3

120,00 € + 8,00 € de frais de port, soit€ x..... exemplaire(s) =€

Je joins mon règlement à l'ordre des Editions ESKA :

Carte Bleue Visa n°..... Date d'expiration : Signature obligatoire

Chèque bancaire

Virement bancaire au compte des Editions ESKA

IBAN : FR76 3000 4008 0400 0101 3985 836 BIC BNPAFRPPPE

Société / Nom, prénom :

Adresse :

Code postal : **Ville :** **Pays :**

Tél. : **Fax :** **E-mail :**