

La longue éclipse des hépatites virales en Afrique Ethnographie à l'hôpital à Yaoundé

Fanny Chabrol

Émulations - Revue de sciences sociales

2018, n° 27, « Les maladies chroniques dans les Suds. Expériences, savoirs et politiques aux marges de la santé globale ».

Article disponible à l'adresse suivante

<https://ojs.uclouvain.be/index.php/emulations/article/view/chabrol>

Pour citer cet article

Fanny Chabrol, « La longue éclipse des hépatites virales en Afrique. Ethnographie à l'hôpital à Yaoundé », *Émulations*, n° 27, Mise en ligne le 10 mars 2019.

DOI : 10.14428/emulations.027.02

Distribution électronique : Université catholique de Louvain (Belgique) : ojs.uclouvain.be

© Cet article est mis à disposition selon les termes de la Licence *Creative Commons Attribution, Pas d'Utilisation Commerciale 4.0 International*. <http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>

Éditeur : Émulations – Revue de sciences sociales / Presses universitaires de Louvain

<https://ojs.uclouvain.be/index.php/emulations>

ISSN électronique : 1784-5734

La longue éclipse des hépatites virales en Afrique

Ethnographie à l'hôpital à Yaoundé

Fanny Chabrol¹

[Résumé] L'épidémie liée au virus de l'hépatite B (et hépatite C dans une moindre mesure) est peu connue et pourtant dévastatrice sur l'ensemble du continent africain. La prévalence de l'hépatite B se situe entre 8 % et 12 % dans la plupart des pays. En l'absence de prise en charge thérapeutique, l'infection devient chronique et peut évoluer vers la cirrhose et le cancer du foie. À partir d'une approche ethnographique et sociohistorique, j'aborde les hépatites virales selon le paradoxe de leur visibilité à l'hôpital et leur invisibilité en santé mondiale, un paradoxe qui explique leur difficile passage au statut de maladies chroniques, pour les patients comme pour les systèmes de santé. L'hépatite B en Afrique, par son ampleur, par son histoire récente, renvoie à la place négligée des maladies chroniques et du cancer en Afrique en particulier les cancers liés à des virus dans les politiques de santé mondiale.

Mots-clés : hépatite virale, ethnographie hospitalière, santé mondiale, épidémie, chronicité, Cameroun.

[Abstract] Viral hepatitis B (and viral hepatitis C to a lesser extent) in Sub-Saharan Africa is a devastating epidemic that is under-studied. Hepatitis B prevalence is as high as 8 % to 12 % in most countries in the continent. If not diagnosed and treated viral infection may become chronic and can then evolve into liver cancer and cirrhosis. In this article I tackle viral hepatitis in Africa through an ethnographic and sociohistorical approach to consider the paradox of their visibility in a hospital despite invisibility as a major chronic disease in global health. Hepatitis B in Africa, its extent today and its recent history, give an opportunity to rethink chronic diseases and cancer in Africa in particular viral cancers in global health.

Keywords: viral hepatitis, hospital ethnography, global health, chronicity, Cameroon.

Introduction

Si l'on connaît bien les contours de l'épidémie de sida en Afrique subsaharienne grâce à de très nombreux travaux en sciences sociales, l'on ne peut pas en dire autant de l'hépatite virale B ou C. Pourtant, l'hépatite virale (et en particulier l'hépatite B) est une épidémie ancienne et de très grande ampleur qui affecte les jeunes et contribue dans la plupart des pays d'Afrique subsaharienne à une forte morbidité associée aux

¹ Chargée de recherche, Institut de recherche pour le développement, Centre population et développement (Ceped), Paris, France.

cirrhoses et au cancer du foie (en particulier sa forme la plus courante, le carcinome hépatocellulaire). Le virus de l'hépatite B (VHB) se transmet par le sang et les fluides corporels lors des rapports sexuels, de la mère à l'enfant, surtout dans la toute petite enfance si l'enfant n'est pas vacciné à la naissance. L'hépatite B est considérée comme un virus très contagieux, il serait 50 à 100 fois plus infectieux par exemple que le VIH². L'hépatite C se transmet le plus souvent dans le cadre des pratiques médicales comme les injections et la transfusion sanguine. Ceci explique que le virus de l'hépatite C (VHC) soit également très répandu parmi les personnes s'injectant des drogues en Europe et en Asie. L'hépatite est une infection virale. Au moment de l'infection, l'organisme réagit par une hépatite dite aigüe, le plus souvent sans symptômes et qui, dans 90 % des cas, est spontanément résolue par l'organisme. Dans 10 % des cas environ le système immunitaire ne parvient pas à lutter contre le virus qui évolue vers une phase chronique avec un risque d'atteinte du foie et d'évolution vers une cirrhose ou un cancer du foie³. Cette hépatite virale dite « chronique » dans le langage biomédical est un terme quelque peu cruel car, comme on le verra, il ne correspond pas à la notion de maladie chronique qui est synonyme de maladie au long cours, qui évolue et dont on cherche à ralentir l'apparition de symptômes et l'aggravation grâce à des mesures préventives ou des traitements. Pour les personnes atteintes à Yaoundé, cette mise en chronicité n'advient pas, principalement en raison du coût très élevé des examens pré-thérapeutiques et des traitements.

L'épidémie liée à l'infection à VHB est dévastatrice : elle touche en moyenne, selon les pays, entre 8 % et 12 % de la population, et affecte beaucoup les classes d'âge jeunes. L'hépatite C est plus inégalement répartie sur le continent africain, mais lorsqu'elle est importante, comme en Égypte ou au Cameroun, elle est associée à une histoire plus ancienne d'exposition à la contamination lors de campagnes de vaccination de masse et concerne les personnes plus âgées. Au Cameroun, les estimations les plus récentes situent la prévalence de l'hépatite B à plus de 12,24 % de la population (Schweitzer *et al.*, 2015) et l'hépatite C à 4,6 % dans la population générale (Riou *et al.*, 2016), sachant que la prévalence peut atteindre près de 50 % dans certaines classes d'âge (plus de 50-60 ans) résidant dans certaines régions de l'est du pays. Le virus de l'hépatite C n'est identifié qu'en 1989 mais les virologues et les historiens ont bien identifié un « effet cohorte » c'est-à-dire que ces personnes âgées et très touchées aujourd'hui correspondent à une classe d'âge de personnes ayant été vaccinées dans leur enfance lors des campagnes coloniales et exposées à ce moment à la contamination avec le virus de l'hépatite C (Nerrienet *et al.*, 2005).

Depuis quelques années l'hépatite virale bénéficie d'une plus grande visibilité dans l'agenda de la santé mondiale. On note un tournant en 2010 avec les résolutions de

² Informations sur le site du centre Pasteur : <https://www.pasteur.fr/fr/centre-medical/fiches-maladies/hepatites-virales>.

³ *Idem*, informations sur la page hépatites virales B et C du centre Pasteur.

l'Assemblée mondiale de la santé appelant les États membres à adopter des mesures de prévention et de contrôle des hépatites virales, puis la structuration, à l'OMS, d'un département « hépatites virales », travaillant à la mise en forme et la standardisation de la lutte contre les hépatites virales dans le monde (publication de guidelines pour le dépistage et le traitement). Les récentes innovations pharmaceutiques pour le traitement du VHC avec des agents antiviraux directs (AAD) comme le Sofosbuvir® qui sont commercialisées à partir de 2014 changent la donne. Ces traitements sont plus courts et permettent de guérir de l'hépatite C en trois mois. Ils remplacent les traitements à base d'interféron pégylé connus pour la longue durée du traitement (souvent de 48 à 72 semaines), leur coût élevé et les très nombreux effets secondaires accompagnant la thérapie sans garantie de guérison. Les nouveaux traitements antiviraux directs ont été annoncés à des prix exorbitants ce qui a provoqué un regain d'activisme des acteurs de la lutte contre le sida, mobilisés pour l'accès des personnes vivant avec le VHC en Europe, en Asie et aux États-Unis. Cette bataille pour l'accès n'a encore peu d'écho sur le continent africain qui est, du reste, surtout dévasté par l'épidémie d'hépatite B. Au Cameroun et dans d'autres pays africains toutefois, les sociétés professionnelles de gastroentérologues se sont mobilisées, appuyées par des cliniciens français à partir du début des années 2010. Cette mobilisation a culminé avec le lancement de l'Appel de Dakar en 2011⁴ puis bien plus récemment l'Appel de Bordeaux en faveur de la lutte contre les hépatites virales B et C⁵.

Si l'on considère les hépatites virales de façon ethnographique et sociohistorique, ces infections racontent une histoire – ou des histoires – spécifiques et originales pour comprendre les écueils de la prise en charge des maladies chroniques sur le continent et les nombreux « oubliés » des politiques internationales (David, 2014 ; Chabrol, 2016). L'hépatite virale surgit aujourd'hui dans le sillon du VIH/sida, longtemps masquée ou occultée par les efforts internationaux pour endiguer les trois grandes pathologies que sont le sida, le paludisme et la tuberculose. C'est là une ironie cruelle si l'on considère que les antirétroviraux tels que le Tenofovir®, accessible pour les personnes vivant avec le VIH ou co-infectées par le VIH et le VHB, n'est pas disponible pour les personnes (mono)infectées par le VHB. Au Cameroun, bien que l'accès au Tenofovir® en dehors des circuits du VIH/sida ait finalement été autorisé par le ministère de la santé en 2014, celui-ci demeure en pratique très difficile, en particulier pour des raisons de coût excessif des bilans pré-thérapeutiques. De façon similaire, l'accès aux AAD pour l'hépatite C était inexistant au moment de mon enquête, en 2014-2015. Seules les thérapies extrêmement coûteuses et difficiles à supporter, par interféron pégylé et ribavirine – un traitement curatif mais avec une guérison n'atteignant guère

⁴ Appel de Dakar, « Conférence internationale des acteurs de lutte contre les hépatites en Afrique francophone ». 28 juillet 2011.

⁵ http://www.afraviv2018.org/images/mathilde/AFRAVIH_declaration_de_Bordeaux-validation_onsite-v4-normal.pdf.

50 % des cas⁶ – étaient proposées au sein d'un programme d'accès de la compagnie pharmaceutique Hoffman-La Roche (proposant une réduction de 30 % étendue à 50 %) du prix des injections, représentant un coût toujours inaccessible seulement à portée de quelques hauts fonctionnaires ou hommes d'affaires selon un mécanisme de triage (Chabrol, David, Krikorian, 2017). Ce programme tenait pourtant lieu de première structuration de la politique nationale, une politique qualifiée d'« embryonnaire » selon plusieurs de mes interlocuteurs. L'accès aux médicaments ne concernait qu'une centaine de personnes lors de l'enquête de terrain.

La situation particulière des hépatites virales en Afrique – une épidémie de grande ampleur et un accès aux soins extrêmement limité – permet d'interroger les contours complexes des expériences de la chronicité aujourd'hui. Julie Livingston (2004) avait proposé de penser l'épidémie de sida au Botswana comme une maladie chronique au sein d'une constellation d'autres conditions chroniques comme le diabète, l'hypertension, le cancer, la santé mentale, toutes ces conditions appelant un travail de soin quotidien pour les familles, un besoin de soutien permanent que le système de santé n'était pas en mesure de fournir au-delà des programmes spécifiques dédiés au sida. Susan Whyte a proposé quant à elle une analyse pragmatique de la chronicité (2012) à partir des pratiques et perceptions des patients, interrogeant les formes de contrôle et de gestion de la maladie à leur disposition, les temporalités de la maladie et l'identité qui se forme autour d'une condition médicale. La chronicité d'une maladie pour un ou une patiente est indissociable des possibilités offertes par les systèmes de santé et des priorités définies par les politiques internationales dans un cadre global.

Dans cet article, à partir de la description d'un terrain hospitalier, j'interroge les formes et temporalités de ces infections ou pathologies en montrant qu'elles n'ont guère la possibilité de devenir des maladies chroniques, pour celles et ceux qui en souffrent, parce que le diagnostic n'a jamais le temps d'être posé et affiné, principalement pour des raisons de coût des bilans pré-thérapeutiques et des traitements. Je décris deux moments dans lesquels se cristallisent ces tensions : (1) l'annonce d'une infection (test positif de l'antigène HBs signalant une infection à l'hépatite B) sans que – pour des raisons financières – un diagnostic plus précis, qu'il soit rassurant ou non, puisse être proposé ; (2) l'hospitalisation, dans laquelle se conjuguent l'indétermination diagnostique, l'impuissance matérielle et l'improvisation. Il s'avère impossible de parler de « vie avec » une pathologie dont le stade n'a pas été bien évalué sur le plan biomédical et sans disposer de moyen de contrôle ni d'une socialité permettant de partager son statut de porteur d'une hépatite virale avec d'autres. Je discute ensuite du contraste entre la visibilité forte de ces pathologies dans un service hospitalier mais aussi dans la vie des citoyens de Yaoundé avec l'invisibilité de ces pa-

⁶ Selon les cliniciens avec lesquels je me suis entretenue à Yaoundé pendant mon enquête.

thologies en santé mondiale. Au-delà de cette analyse en termes de visibilité / invisibilité je propose une réflexion sur les formes, trajectoires et temporalités des pathologies que nous étudions, la force que donne l'« ethnographie hospitalière » pour les appréhender (Livingston, 2012). Cette chronicité impossible pour les malades n'est pas le produit de l'ignorance des populations mais relève d'enjeux structurels propres au système de santé et est liée au coût des soins et des examens biologiques, à l'insécurité des pratiques médicales, en particulier la transfusion sanguine. En embrassant la compréhension de ces épidémies dans une temporalité plus longue remontant à la médecine coloniale, jusqu'à la structuration des politiques de santé en Afrique, l'on peut alors entrevoir pourquoi certaines des épidémies ne parviennent pas à devenir des maladies chroniques qui seraient l'objet d'interventions associant traitement, prévention et vie avec la pathologie.

1. L'expérience de l'hépatite virale saisie par l'ethnographie hospitalière à Yaoundé

Dans ce travail de recherche au Cameroun, j'ai adopté une approche d'ethnographie hospitalière, relativement ancienne en anthropologie, héritière des études en sociologie médicale (en Europe et aux États-Unis) enrichie par les travaux anthropologiques dans les structures sanitaires en Afrique (Hours, 1985 ; Jaffré, Olivier de Sardan, 2003). Cette approche a connu son apogée avec l'épidémie de sida, qui amènera de nombreux chercheurs à se rendre dans les hôpitaux où se trouvaient les services de prise en charge médicale. Ils mettront en évidence non seulement les contraintes matérielles mais également les formes de soin et l'éthique ordinaire des professionnels de santé dans ces services débordés (Fassin, 2008 ; Marcis, Grard, 2015). Ces travaux sur le sida ont aussi permis d'enrichir les débats sur la citoyenneté biologique (Petryna, 2002 ; Nguyen, 2010 ; Chabrol, 2014), sur les enclaves thérapeutiques en santé mondiale (Sullivan, 2012 ; Prince, Otieno, 2014) et la pharmaceuticalisation à l'heure de la santé globale (Biehl, 2007 ; Chabrol, David, Krikorian, 2017). Plus récemment, l'ethnographie hospitalière a contribué à la compréhension du traitement réservé à des pathologies comme le cancer. Grâce à cette méthode ethnographique, les anthropologues Benson Mulemi (2008 ; 2010) au Kenya et Julie Livingston (2004) au Botswana, ont mis en lumière les formes d'improvisation médicale autour du traitement du cancer dans les services hospitaliers tout en analysant les formes « existentielles », à savoir l'expérience et le sens que le cancer prenaient chez les patients comme chez les soignants. L'ethnographie hospitalière permet d'appréhender des mondes sociaux qui ne sont pas des îlots isolés du reste de la société, ils reflètent ou réfractent les hiérarchies sociales et les chevauchements entre biomédecine et médecines traditionnelles (Van Der Geest et Finkler, 2004 ; Long, Hunter, et van der Geest, 2008 ; Chabrol et Kehr, 2018). L'ethnographie hospitalière permet de documenter les pratiques de soin autant que de décrypter les mises en œuvres des politiques de santé (Chabrol, 2014).

Pour cette enquête, j'ai réalisé des observations de plusieurs semaines dans le service de gastroentérologie et l'hôpital de jour (VIH) de l'hôpital central de Yaoundé, principalement entre avril et juin 2014. S'ajoutent à ces observations, la réalisation d'entretiens avec des patients, des soignants, des responsables de santé publics et membres d'ONG nationales et internationales, à Yaoundé, à Paris et Genève. L'hôpital central est l'un des plus anciens hôpitaux de Yaoundé, situé dans le centre de la ville. Il accueille un public varié et ses tarifs sont comparativement moins élevés que dans d'autres hôpitaux publics et privés de la ville. Cet hôpital a bénéficié de la coopération française dans le domaine de la recherche sur le VIH/sida favorisant l'accès aux médicaments antirétroviraux, gratuits depuis 2007 (Eboko, 2011). Son hôpital de jour pour le suivi des patients sous antirétroviraux pour le VIH fonctionne au-delà de ses capacités et la prise en charge est gratuite ou quasi-gratuite (au moment de l'enquête, les patients devaient réaliser un examen de charge virale coûtant 15000 francs CFA, c'est-à-dire 23 €, à réaliser tous les six mois).

Par contraste, et comme tous les autres services de l'hôpital, les soins sont payants et souvent très coûteux. Le service de médecine interne est comme les urgences médicales, débordé et tous deux pâtissent d'une piètre réputation auprès des citoyens de Yaoundé. Ces services sont emblématiques de la crise des hôpitaux publics qui traverse une grande partie de l'Afrique de l'Ouest et de l'Afrique centrale, conjuguant le manque de moyens matériels et humains, le coût très élevé des soins, la décrépidité des infrastructures, etc.

1.1. L'annonce de l'infection : incertitudes et dépenses catastrophiques

À Yaoundé, en milieu urbain, les occasions de dépistage de l'hépatite B ou C se présentent selon plusieurs modalités. Le dépistage peut être proposé lors d'un épisode de maladie ou pour le suivi d'une affection comme le VIH ou encore lors du suivi prénatal, soit parce que la personne a besoin d'un « bilan de santé » pour s'inscrire au concours de la fonction publique ou encore avant de conclure un mariage. Dans le premier cas de figure, si une personne développe des symptômes et après exclusion des affections les plus fréquentes, les médecins demandent un test pour l'hépatite B. Dans le cas du suivi du VIH il est prévu par le programme national de lutte contre le sida depuis 2014 que toute personne vivant avec le VIH doit être dépistée pour l'hépatite B, notamment pour ajuster sa prise en charge (mise sous Tenofovir®), mais cette recommandation n'était pas systématiquement suivie lors de mon enquête. Le dépistage de l'hépatite B pendant la grossesse est très fortement recommandé, mais pas toujours effectué, notamment pour des raisons de coûts pour les femmes enceintes. Une des occasions de dépistage les plus répandues est le don du sang, effectué dans le cadre du « don familial de remplacement » pour pouvoir obtenir des poches de sang pour des proches hospitalisés. La collecte du sang n'est pas centralisée à Yaoundé. La banque de sang de l'hôpital central requiert le paiement de 26 € et deux dons de sang pour ob-

tenir une poche de sang de 100 ml. Les personnes dépistées à l'occasion d'un don sont doublement affectées par cette circonstance particulière, elles ne sont pas dans une démarche de soin et sont mobilisées pour assister un proche (un parent, un enfant) ce qui inclus déjà de nombreuses dépenses.

Quelque que soient les circonstances dans lesquelles les patients sont dépistés, lorsqu'ils sont porteurs de l'hépatite B (antigène HBs positif) ou de l'hépatite C (anticorps anti VHC positifs), ils sont orientés vers une consultation auprès du gastroentérologue (ou hépato-gastroentérologue) à l'hôpital. Il s'agit d'une consultation spécialisée au cours de laquelle les patients, après avoir répondu à quelques questions sur les facteurs de risques et sur leur entourage, se voient prescrire une série de tests qui doivent permettre au médecin d'affiner le diagnostic : l'infection est-elle récente, et donc aigüe ? ou, au contraire, l'infection est-elle ancienne et donc entrée dans une phase de chronicité – au sens biomédical du terme ? Le foie est-il atteint ? Quel est le stade de fibrose hépatique (atteinte du foie) ? Ces examens sont multiples, biologiques et moléculaires, incluant souvent aussi une échographie du foie et/ou une fibroscopie. Ils peuvent être réalisés à l'hôpital mais le plus souvent le médecin encourage les patients à se rendre au centre Pasteur de Yaoundé ou dans un laboratoire privé en ville, plus fiables selon eux. Dans les deux instances, le coût des examens est comparable et extrêmement élevé : ils représentent généralement un coût situé entre 172 800 francs CFA et 250 000 francs CFA en moyenne (entre 263 € et 400 €⁷). Pour l'hépatite C, ces examens sont encore plus coûteux car les spécialistes, en plus de la charge virale et du fibrotest⁸, demandent aussi de réaliser un génotypage (utile pour ajuster le traitement, peu utile avant) qui coûte 126 € au centre Pasteur et 290 € dans un laboratoire privé. Ces dépenses sont absolument astronomiques, et la plupart des patients ne peuvent s'en acquitter car leur revenu mensuel est irrégulier et tourne le plus souvent autour de 70 € (le salaire d'une institutrice se situant à 95 € et celui d'un médecin à 125 €).

Par manque de temps et d'incitation à le faire, les soignants n'expliquent guère aux patients ce que recouvre l'infection à hépatite virale. Ils n'ont pas non plus le temps de préciser les mesures de prévention que ceux-ci pourraient adopter afin d'éviter de transmettre le virus à leur entourage (par exemple, inciter à la vaccination de l'entourage si les proches ne sont pas vaccinés car, si ceux-ci ne sont pas encore vaccinés, ils peuvent se protéger ainsi d'un risque d'infection⁹). La plupart des patients

⁷ Pour estimer ces coûts j'ai additionné les prix signalés sur les factures ou devis de plusieurs patients car les ordonnances variaient parfois et calculé des moyennes de l'ensemble de ces montants. Cela permet de montrer que ces bilans biologiques sont toujours très dispendieux mais varient selon l'état de santé du patient, le lieu de prise en charge.

⁸ Test sanguin permettant d'évaluer l'atteinte du foie (fibrose hépatique).

⁹ La vaccination contre le VHB n'a été incluse dans le programme élargi de vaccination au Cameroun qu'en 2005 (Bekondi *et al.* 2015). Ce qui explique qu'aujourd'hui des jeunes (non

sont très déstabilisés par l'annonce qui leur a été faite au laboratoire d'analyse ou bien à la banque de sang. Ils manifestent une grande incertitude liée à ces dépenses de santé et une anxiété concernant les symptômes et l'évolution de la maladie que la plupart de mes interlocuteurs savent lente mais brusque (« cela ne fait rien mais quand cela se déclare c'est la mort » ; « c'est un virus insidieux »). Pour les patients diagnostiqués pour l'hépatite B ou l'hépatite C, ce terme « hépatite virale » est associée à la mort ; les patients en ont souvent fait l'expérience autour d'eux, l'ont entendu à la radio lors de campagnes d'information. Dans leur propos, il s'agit aussi d'une mort par « étouffement » financier, comme le rapporte un de mes interlocuteurs après avoir rappelé les différentes séries d'examen prescrits : « c'est comme si les familles pouvaient succomber ». Les coûts de ces tests sont tellement exorbitants qu'ils sont vécus comme une sanction, les empêchant d'entrevoir un espoir de traitement, conduisant à des perspectives morbides, succomber signifiant mourir.

À Yaoundé en effet, après un dépistage positif de l'hépatite B ou C, on ne peut pas devenir un patient. Comme le montrent des études récentes, en Côte d'Ivoire et au Burkina Faso, contextes comparables au niveau de l'accès aux bilans biologiques et sur cette impossible « entrée dans le soin » (*linkage into care*) (Giles-Vernick *et al.*, 2016). Dans le domaine du VIH/sida, on parle de la cascade du soin, et les efforts internationaux se concentrent depuis quelques années sur les façons de favoriser les opportunités de dépistage car l'entrée dans le soin, les antirétroviraux et le suivi clinique et biologique est assuré et quasi gratuit dans la plupart des pays africains. Au Cameroun, dans un contexte urbain, des étudiants, des femmes enceintes, les personnes vivant avec le VIH, des citoyens ordinaires sont dépistés lorsqu'ils réalisent des bilans de santé ou bien en donnant leur sang pour qu'un proche puisse bénéficier d'une transfusion : toutes ces personnes apprennent qu'ils ont l'hépatite mais ils n'ont pas la possibilité d'entrer dans les soins.

Cette annonce est vague et brutale, souvent dramatique et entraîne une mobilisation financière immédiate sans précédent qui outrepassé largement la notion de « dépenses catastrophiques de santé » proposée par les économistes de la santé pour caractériser les dépenses liées aux soins qui excèdent 40 % de leur faculté contributive (dépenses non essentielles à la subsistance), compromettant le reste des dépenses (Xu *et al.*, 2003). Ces dépenses ont des répercussions sociales et familiales car elles engagent les personnes à mobiliser leur famille et leurs amis pour obtenir de l'argent afin de pouvoir s'acquitter des examens médicaux. Ne pouvant pas devenir « patient », il est très difficile de « vivre avec » et de devenir acteur/responsable de sa maladie d'une manière semblable à la vie avec le VIH par exemple. Les patients séropositifs au VIH ont à leur disposition des moyens de contrôle et d'évaluation (comme les tests régu-

vaccinés) soient fortement touchés par l'hépatite B. De plus, la couverture vaccinale demeure insuffisante.

liers et subventionnés de charge virale et CD4), ils reçoivent une éducation thérapeutique et bénéficient du soutien de groupes de patients. Aucun de ces dispositifs n'a vu le jour au Cameroun dans le cadre de la prise en charge de l'hépatite chronique. Tout en ayant besoin du soutien de son entourage, crucial dans le quotidien du malade chronique, les patients ne peuvent pas rassurer leurs proches en devenant ce patient chronique. Au contraire, si l'entourage est fortement sollicité, c'est le plus souvent pour contribuer financièrement aux dépenses de santé engagées, ce qui crée des tensions intrafamiliales additionnelles. Une jeune étudiante me racontait : « Je suis allée pleurer chez mes sœurs qui m'ont donné une somme d'argent pour que j'ouvre un fonds de commerce. J'ai tout dépensé dans les examens. Actuellement je suis comme ça sans argent ». Un autre jeune homme a annulé un projet de mariage puis a du solliciter de nombreux membres de sa famille et ses collègues pour leur demander une aide financière tout en prenant le risque d'être écarté après avoir annoncé sa maladie. Les personnes porteuses d'une hépatite virale sont nombreuses à se tourner vers la médecine traditionnelle qui est relativement moins coûteuse, réputée pour ses vertus antalgiques et qui permettent de soulager certains symptômes (fatigue chronique). Les soignants eux-mêmes ne pouvant prescrire de traitements biomédicaux encouragent parfois les personnes récemment diagnostiqués à « se tourner vers l'indigène » (les traitements dits traditionnels). Comme le signalait cette enseignante de 55 ans, vivant avec le VIH depuis plusieurs années et à qui on venait d'annoncer un diagnostic d'hépatite C : « moi je veux seulement qu'on me dise comment je peux traiter cela » et plus tard elle ajoutait : « il y a toujours chez nous ces racines qui nous font du bien ». Certains patients tentent ainsi, grâce aux remèdes traditionnels, de s'accommoder des manifestations de leur infection. Beaucoup toutefois voient leur infection chronique évoluer vers des pathologies requérant une hospitalisation.

1.2. L'hospitalisation : « C'est un patient ID, sur terrain »

Quand on reçoit ici les patients, c'est des gens qui sont à côté de la tombe car vous connaissez l'histoire de la maladie. Le portage chronique ne fait pas de symptômes mais quand c'est actif l'évolution est rapide. Quand le patient vient on n'a plus que nos yeux pour pleurer, vous allez voir, chaque jour.

C'est en ces termes que m'avait prévenu le chef de service de gastroentérologie au début de mon travail d'observation. Près de 25-30 % des patients dans le service d'hospitalisation sont suspectés ou souffrent effectivement d'une hépato-pathologie, affection le plus souvent liée à l'hépatite B ou C. Tout comme avec la consultation qui suit un dépistage positif, l'hépatite virale ne devient pas une entité biomédicale stabilisée, sur laquelle une équipe médicale spécialisée peut intervenir. Lorsqu'ils sont hospitalisés, les patients qui souffrent d'une pathologie liée à l'hépatite virale, cirrhose ou cancer du foie, n'ont pas plus de chances d'être pris en charge en hospitalisation que dans la consultation médicale, car la question du coût des soins se pose de la

même manière. Lors de la ronde des médecins chaque matin, il est question de savoir si tel ou tel examen ou médicament est « disponible » ce qui signifie « est-ce que la famille a pu payer pour les obtenir ? », lorsque cela n'est « pas disponible », la tension augmente autour du patient, en particulier lorsque son état général est très détérioré, et que les membres de la famille présents à son chevet se confondent en excuses de ne pas avoir pu s'acquitter de ces frais. Le médecin hausse le ton, rappelle l'importance de faire des examens, et déplore en s'adressant spécifiquement aux infirmières et aux étudiants en médecine, que l'on « ne peut pas avancer », on ne peut pas comprendre exactement le syndrome et on n'a pas de prise, en dehors de l'observation clinique, pour le traiter. L'on comprend ainsi que dans le registre du service (dans lequel sont inscrits, chaque mois, les types de patients hospitalisés) figurent des dénominations indéterminées telles que « syndrome infectieux à investiguer » ou « anémie à investiguer » ou « hépatopathies » ou « CHC/VHB » c'est-à-dire carcinome hépatocellulaire en lien avec une affection à VHB. Comme l'a montré Livingston (2004) dans le cas du cancer au Botswana, certains services hospitaliers sont débordés et impuissants face à des pathologies qui ne se présentent à eux que sous leurs formes les plus avancées, et pour lesquelles le savoir et la mission des soignants peine à s'exercer pleinement. Ils ne parviennent que rarement à obtenir des résultats d'examens et leur intervention se limite souvent à des recommandations alimentaires (pour endiguer l'anémie) et posturales (pour alléger la douleur). La prise en charge de la douleur est très largement absente. Les hépatites virales n'existent guère entre deux moments situés aux antipodes : l'infection parfois diagnostiquée en l'absence de symptômes (après un don de sang notamment) et la phase terminale de cancer. Entre les deux, on ne peut pas distinguer cette phase dite « chronique », évaluée avant ou après la survenue de symptômes, dont on peut surveiller l'évolution. Elle est là, comme un fantôme menaçant d'apparaître et d'entraîner la mort, comme le rappelait ce jeune homme de 23 ans récemment dépisté positif à l'hépatite B : « On m'a dit que c'est un virus qui reste silencieux mais lorsqu'il se déclare alors c'est « bonjour la mort ! ».

Le service de gastroentérologie accueille aussi de nombreux patients atteints du VIH et présentant un stade SIDA, des patients souvent jeunes qui n'ont pas encore été dépistés ou dépistés tardivement. Ils représentent près de 30-35 % des malades du service selon les données mensuelles que j'ai pu analyser sur une période de six mois. Le plus souvent, ces patients sont identifiés et nommés par les soignants comme patients « ID » ou comme souffrant de telle ou telle manifestation clinique (gastroentérite, anémie pour les plus courantes) « sur terrain », c'est-à-dire immunodéprimés ou co-infectés. Les soignants emploient également dans leurs échanges le terme « LAV » ou « séroLAV » pour désigner le sida. Or, il s'agit du terme employé avant 1983 et

l'identification du virus causant le sida¹⁰. Tout en rappelant combien ces infections coexistent, souvent présentes en co-infection (VIH et VHB ou VHB et VHC), cette co-présence du VIH et de l'hépatite virale surprend par son indéfinition, son indétermination, dans un service hospitalier qui, en raison du paiement direct des soins, ne parvient pas à exercer sa mission qui consiste en la réalisation de tests et d'explorations en vue d'établir un diagnostic stable. Ce service de médecine interne qui rime avec la mort pour bien des citoyens de Yaoundé est un service dans lequel on peut observer les formes d'une immunosuppression. Les soignants emploient souvent les termes « ID » ou « sur terrain » pour signaler qu'ils pressentent une infection à VIH ou hépatite et plus largement une série de signes associés aux états cliniques observés (nutrition, affections virales, bactériennes, parasitaires...).

Cette persistance du sida dans le service de gastroentérologie rend visibles les personnes vivant avec le VIH qui n'ont pas été diagnostiquées et se présentent très malades, affectées par des infections opportunistes très sévères (méningite à méningocoque, cryptococcose). Ce sida est souvent invisible dans les rapports nationaux et internationaux car il s'agit de cas non diagnostiqués, et cela renvoie aux écueils de la lutte contre le sida, aux difficultés pour les acteurs et financements de la lutte contre le sida de pouvoir réellement agir sur les déterminants sociaux de la santé et les inégalités d'accès aux soins (Biehl, 2007). Cela explique le discours virulent du chef de service de gastroentérologie lorsqu'il critique « le monde privilégié du sida » et les politiques internationales qui ont favorisé la lutte contre le VIH en octroyant de nombreux financements et en laissant de côté les pathologies comme les hépatites virales. Après avoir considéré la visibilité de ces pathologies liées dans le service hospitalier, il est maintenant nécessaire de revenir dans le temps pour comprendre l'invisibilité et la longue éclipse de l'hépatite virale par d'autres pathologies et de montrer que cette invisibilité contribue à la difficile mise en chronicité de l'hépatite en Afrique aujourd'hui.

2. L'hépatite virale et la santé mondiale : une longue éclipse

Pour comprendre la longue éclipse de l'hépatite virale en santé mondiale, il est nécessaire de suivre aussi une approche diachronique qui renseigne sur les conditions de diffusion de ces épidémies et sur la façon dont elles ont été éclipsées (par le sida). S'interroger sur leurs conditions d'émergence permet d'aborder certaines problématiques oubliées des politiques internationales, comme le rôle joué par les injections non sécurisées dans la diffusion des virus.

¹⁰ LAV ou « *Lymphadenopathy Associated Virus* » est le nom donné par Françoise Barré-Sinoussi et Luc Montagnier dans leur article publié dans *Science* en mai 1983. Les dénominations LAV et HTLV III (virus identifié par Robert Gallo) coexistent jusqu'en 1986 lorsqu'un acronyme unique, HIV, est officiellement reconnu.

Comme l'ont montré des travaux en virologie historique menés au Cameroun en identifiant un effet de cohorte (une classe d'âge de personnes très touchées dans certaines régions), l'hépatite C peut être considérée comme une « épidémie iatrogène » car les contaminations se sont produites lors de campagnes de vaccination. Le Cameroun est ainsi un cas similaire au scénario de l'épidémie d'hépatite C en Égypte (Moulin, 2013). Au Cameroun, les campagnes de masse de vaccination contre la maladie du sommeil et le pian dans les années 1950-1960 sont en cause, tous les éléments techniques (injections répétées, rapidité, aiguilles non stérilisées) étaient réunis pour faciliter (de façon non intentionnelle) la transmission de l'hépatite C (Lachenal, 2012). Bien que l'épidémie ne fût pas connue à ce moment, elle a pourtant été transmise à vaste échelle. Ces conditions historiques d'apparition et de diffusion des épidémies en Afrique recourent celles du sida, comme l'ont montré les travaux de Jacques Pépin en Afrique centrale et les études conduites par des historiens dans la même région, qui insistent sur le rôle aggravant des techniques biomédicales comme les injections et la transfusion sanguine, en lien avec l'essor de l'urbanisation et des transports, la prostitution, la prévalence des maladies sexuelles transmissibles. Ces facteurs ont joué un rôle facilitateur dans la genèse des virus et d'accélérateur de leur diffusion (Pépin, Labbé, 2008 ; Giles-Vernick *et al.*, 2013). Ces enjeux demeurent sous-étudiés aujourd'hui et très sensibles politiquement comme l'a rappelé Anne-Marie Moulin (2013) dans son étude sur l'hépatite C en Égypte, car il est avant tout question de la violence du système de santé héritée des périodes coloniales.

L'hépatite B nous rappelle aussi un autre oubli : celui de la politique internationale de vaccination et un autre moment récent de la santé mondiale en Afrique, les années 1980. L'ampleur épidémiologique de l'hépatite virale est avérée dès la fin des années 1970, notamment grâce à des recherches menées au Sénégal qui ont montré la corrélation entre les cancers du foie et l'infection à VHB (Maupas *et al.*, 1978). Ces travaux ont même stimulé la mise au point d'un premier vaccin en 1978 (plasmatisque) pour prévenir l'hépatite B, un vaccin testé dans la zone de l'observatoire démographique de Niakhar au Sénégal. Cet essai a apporté les preuves de l'efficacité du vaccin à diminuer l'incidence du cancer du foie (Moulin, Ouvrier, Chabrol, à paraître). Pourtant, si le vaccin est introduit à large échelle en Asie et en Europe, il n'en est pas de même en Afrique, où le vaccin anti VHB ne sera seulement intégré aux programmes élargis de vaccination que dans les années 2000 (et en 2005 au Cameroun) ! Aujourd'hui la couverture vaccinale est très insuffisante au Cameroun, en particulier chez les soignants, très à risque de contamination, et chez les enfants, les trois injections ne commencent qu'à l'âge de six semaines alors qu'il est avéré que dans des contextes d'épidémie généralisée, la vaccination devrait intervenir à la naissance. Finalement, en faisant resurgir une série d'enjeux structurels sous-étudiés, les hépatites virales nous engagent à nous arrêter sur la décennie 1980 en santé mondiale, dont on sait peu de choses en dehors d'être le moment où l'épidémie de sida et ses ravages commencent à être identifiés. Les années 1980 voient aussi se généraliser l'impact de la grave crise écono-

mique qui touche le continent et les effets négatifs des programmes d'ajustements structurels. La situation sanitaire est déjà très détériorée à ce moment comme l'ont montré – avant les études sur le sida – des études menées au Cameroun (Hours, 1985) ou au Niger (Masquelier, 2001). Enfin, la longue éclipse des hépatites virales en santé mondiale est aussi liée à la négligence des acteurs internationaux pour la prise en compte de facteurs de transmission telles que l'insécurité des injections et la transfusion sanguine (Kane *et al.*, 1999).

Conclusion

Loin d'être inconnue des populations africaines, l'hépatite virale est inscrite dans une temporalité propre à la société camerounaise. Les patients et les familles en font l'expérience sans pour autant la vivre comme une condition chronique. Les patients n'ont pas les moyens d'évaluer l'infection, ni de s'adresser à des groupes de parole rassurants, ils n'ont pas de prise sur cette infection qui menace de se déclarer avec des conséquences morbides connues de tous. Au Cameroun, on l'a vu à l'échelle individuelle – un patient séropositif au VHB confessait « tout le monde a l'hépatite dans ma famille » – autant qu'à l'échelle collective, nationale. Un gastroentérologue rappelait ainsi en soupirant : « Au Cameroun l'hépatite, on vit avec, vraiment ! ». La difficulté de l'hépatite virale à être traitée comme une maladie chronique est liée à l'impact dramatique du paiement direct des soins et à l'accès profondément inéquitable aux médicaments. Les personnes infectées ne peuvent devenir patient·e·s chroniques, à l'exception des élites nanties qui peuvent se soigner à l'étranger, en France notamment. Pour autant, l'hépatite est véritablement présente et continue de se diffuser dans la société camerounaise : les enfants sont contaminés à la naissance, les soignants sont à risque (une grande proportion n'est pas vaccinée) (Nouetchognou *et al.*, 2016). En échangeant avec de nombreux interlocuteurs, certes dans un milieu urbain, j'ai eu l'occasion de mesurer que l'hépatite fait l'objet de connaissances éparées et contradictoires. L'hépatite est redoutée car les citoyens savent qu'ils ne pourront pas être pris en charge pour cette affection.

La faible visibilité du drame de l'hépatite au Cameroun renvoie enfin à la désarticulation et à la fragmentation des politiques de santé à l'échelle nationale et globale. L'hépatite virale en Afrique ouvre une brèche sur l'inertie des politiques internationales sur certains sujets – insécurité des pratiques médicales, programmes de vaccination, information et sensibilisation, et faible accès financier aux soins au-delà des programmes de gratuité ciblée (santé maternelle, sida, tuberculose et paludisme). L'hépatite virale en Afrique ne peut devenir chronique pour les patients que si elle se dessine comme une cible d'intervention pour des politiques nationales et internationales volontaristes favorisant la prévention et l'accès aux soins et aux traitements pour tous. Les citoyens ne sont pas ignorants de ces pathologies et de leurs implications individuelles, sociales et économiques. Ces infections et les pathologies asso-

ciées comme le cancer du foie ou le carcinome hépatocellulaire ont déjà tué de nombreuses personnes. Les futurs programmes de lutte contre les hépatites virales devraient à cet égard pouvoir tirer des enseignements en s'intéressant à l'expérience des populations touchées par l'hépatite depuis plusieurs décennies (Chabrol, 2017) tout en s'attaquant aussi aux obstacles structurels comme le coût élevé des soins et l'insécurité des pratiques médicales à l'hôpital. Ces questions mériteraient d'être his-sées au rang des priorités de la santé mondiale tant on connaît leur rôle dans la diffusion des épidémies comme l'a rappelé la flambée du virus Ebola en Afrique de l'Ouest en 2014.

Bibliographie

- BEKONDI C., ZANCHI R., SECK A., GARIN B., GILES-VERNICK T., GODY J. C., BATA P. *et al.* (2015), « HBV immunization and vaccine coverage among hospitalized children in Cameroon, Central African Republic and Senegal: A cross-sectional study », *BMC Infectious Diseases*, vol. 15, n° 267.
- BIEHL J., (2007), « Pharmaceuticalization: AIDS treatment and global health politics », *Anthropological Quarterly*, vol. 80, n° 4, p. 1083-1126.
- CHABROL F. (2014), *Prendre soin de sa population. L'exception botswanaise face au sida*, Paris, Éditions de la Maison des Sciences de l'Homme (« Le (bien) commun »).
- CHABROL F. (2016), « Les paradoxes de la pharmaceuticalisation de la santé publique en Afrique. Les hépatites virales au Cameroun dans le sillon du VIH/sida », in J. COLLIN, P.-M. DAVID (dir.), *Vers une pharmaceuticalisation de la société? Le médicament comme objet social*, Montréal, Presses universitaires du Québec (« Problèmes sociaux et interventions sociales »), p. 77-98.
- CHABROL F. (2017), « How hepatitis became a hidden epidemic in Africa », *The Conversation*. URL : <http://theconversation.com/how-hepatitis-became-a-hidden-epidemic-in-africa-73377>.
- CHABROL F., DAVID P.-M., KRIKORIAN G. (2017), « Rationing hepatitis C treatment in the context of austerity policies in France and Cameroon: A transnational perspective on the pharmaceuticalization of healthcare systems », *Social Science & Medicine*, vol. 187, p. 243-50.
- CHABROL F., KEHR J. (2018), « L'hôpital. Pour une nouvelle anthropologie des espaces cliniques », *Anthropologie & Santé*, vol. 16. En ligne, URL : <https://journals.openedition.org/anthropologiesante/2989?lang=en>.
- DAVID P.-M. (2014), *Le traitement de l'oubli. Épreuve de l'incorporation des antirétroviraux et temporalités des traitements du sida en Centrafrique*, thèse de doctorat, Montréal, Université de Montréal.

- EBOKO F. (2011), « Soigner le sida en Afrique. Recherche biomédicale et engagement humanitaire », *Ethnologie française*, vol. 41, n° 3, p. 497-507.
- FASSIN D. (2008), « The elementary forms of care: An empirical approach to ethics in a South African Hospital », *Social Science & Medicine*, vol. 67, n° 2, p. 262-270.
- GILES-VERNICK T., GONDOLA C. D., LACHENAL G., SCHNEIDER W. H. (2013), « Social history, biology, and the emergence of HIV in Colonial Africa », *The Journal of African History*, vol. 54, n° 1, p. 11-30.
- GILES-VERNICK T., HEJOAKA F., SANOU A., SHIMAKAWA Y., BAMBA I., TRAORÉ A. (2016), « Barriers to linkage to care for hepatitis B virus infection: A qualitative analysis in Burkina Faso, West Africa », *The American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, vol. 95, n° 6, p. 1368-1375.
- HOURS B. (1985), *L'État sorcier. Santé publique et société au Cameroun*, Paris, L'Harmattan.
- JAFFRE Y., OLIVIER DE SARDAN J.-P. (2003), *Une médecine inhospitalière. Les difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest*, Paris, Karthala (« Hommes et Sociétés »).
- KANE A., LLOYD J., ZAFFRAN M., SIMONSEN L., KANE M. (1999), « Transmission of hepatitis B, hepatitis C and human immunodeficiency viruses through unsafe injections in the developing world: model-based regional estimates », *Bulletin of the World Health Organization*, vol. 77, n° 10, p. 801-807.
- LACHENAL G. (2012), « Quand la médecine coloniale laisse des traces », *Les Tribunes de la santé*, vol. 4, p. 59-66.
- LIVINGSTON J. (2004), « AIDS as chronic illness: epidemiological transition and health care in south-eastern Botswana », *African Journal of AIDS Research*, vol. 3, n° 1, p. 15-22.
- LIVINGSTON J. (2012), *Improvising medicine: An African oncology ward in an emerging cancer epidemic*, Durham, Duke University Press.
- LONG D., HUNTER C., VAN DER GEEST S. (2008), « When the field is a ward or a clinic: Hospital ethnography », *Anthropology & Medicine*, vol. 15, n° 2, p. 71-78.
- LE MARCIS F., GRARD J. (2015), « Ethnography of everyday ethics in a South African medical ward », in T. DE HERDT, J.-P. OLIVIER DE SARDAN (dir.), *Real governance and practical norms in Sub-Saharan Africa: the game of the rules*, Abingdon, Routledge (« Routledge Studies in African Politics and International Relations »), p. 160-185.
- MASQUELIER A. (2001), « Behind the dispensary's prosperous façade: imagining the state in rural Niger », *Public Culture*, vol. 13, n° 2, p. 267-291.

- MAUPAS P., GOUDEAU A., COURSAGET P., DRUCKER J., BAGROS P. (1978), « Hepatitis B vaccine: efficacy in high-risk settings, a two-year study », *Intervirology*, vol. 10, n° 3, p. 196-208.
- MOULIN A.-M. (2013), « Defenseless bodies and violent afflictions in a global world. Blood, iatrogenesis, and hepatitis C transmission in Egypt », in T. GILES-VERNICK, J. WEBB (dir.), *Global Health in Africa. Historical perspectives on disease control*, Athens, Ohio University Press (« Perspectives on Global Health »).
- MOULIN A.-M., OUVRIER A., CHABROL F. (à paraître), « Histoire d'un vaccin pas comme les autres: les premiers pas du vaccin contre l'hépatite B au Sénégal », in V. Delaunay (dir.), *Cinquantenaire de l'observatoire démographique de Niakhar*, Paris/Marseille, Karthala/IRD éditions.
- MULEMI B. A. (2010), *Coping with cancer and adversity. Hospital ethnography in Kenya*, Leyde, African Studies Center (« African Studies Collection »). En ligne, URL : <https://openaccess.leidenuniv.nl/handle/1887/15029>.
- MULEMI B. A. (2008), « Patients' perspectives on hospitalisation: Experiences from a cancer ward in Kenya », *Anthropology & Medicine*, vol. 15, n° 2, p. 117-131.
- NERRIENET E., POUILLOT R., LACHENAL G., NJOUOM R., MFOUPOUENDOUN J., BILONG C., MAUCLERE P., PASQUIER C., AYOUBA A. (2005), « Hepatitis C virus infection in Cameroon: A cohort-effect », *Journal of medical virology*, vol. 76, n° 2, p. 208-214.
- NGUYEN V.-K. (2010), *The Republic of therapy: triage and sovereignty in West Africa's time of AIDS*, Durham, Duke University Press (« Body, Commodity, Text »).
- NOUETCHOGNOU J. S., ATEUDJIEU J., JEMEA B., MBANYA D. (2016), « Accidental exposures to blood and body fluids among health care workers in a referral hospital of Cameroon », *BMC Research Notes*, vol. 9, n° 94, p. 1-6.
- PÉPIN J., LABBÉ A. C. (2008), « Noble goals, unforeseen consequences: control of tropical diseases in colonial Central Africa and the iatrogenic transmission of blood-borne viruses », *Tropical Medicine & International Health*, vol. 13, n° 6, p. 744-753.
- PETRYNA A. (2002), *Life exposed: biological citizens after Chernobyl*, Princeton, Princeton University Press.
- PRINCE R., OTIENO, P. (2014), « In the shadowlands of global health: observations from health workers in Kenya », *Global Public Health*, vol. 9, n° 8, p. 927-945.
- RIOU J., AÏT AHMED, M., BLAKE A., VOZLINSKY S., BRICHLER S., EHOÏÉ S., BOËLLE P.-Y., FONTANET A. (2016), « Hepatitis C virus seroprevalence in adults in Africa: A systematic review and meta-Analysis », *Journal of Viral Hepatitis*, vol. 23, n° 4, p. 244-255.

- SCHWEITZER A., HORN J., MIKOLAJCZYK R.T., KRAUSE G., OTT J. J. (2015), « Estimations of worldwide prevalence of chronic hepatitis B virus infection: a systematic review of data published between 1965 and 2013 », *The Lancet*, vol. 386, n° 10003, p. 1546-1555.
- SULLIVAN N. (2012). « Enacting spaces of inequality placing global/State governance within a Tanzanian hospital », *Space and Culture*, vol. 15, n° 1, p. 57-67.
- VAN DER GEEST S., FINKLER K. (2004), « Hospital ethnography: Introduction », *Social Science & Medicine*, vol. 59, n° 10, p. 1995-2001.
- XU K., EVANS D. B., KAWABATA K., ZERAMDINI R., KLAVUS J., MURRAY C. J. (2003), « Household catastrophic health expenditure: a multicountry analysis », *The Lancet*, vol. 362, n° 9378, p. 111-117.
- WHYTE S. R. (2012), « Chronicity and control: framing 'noncommunicable diseases' in Africa », *Anthropology & Medicine*, vol. 19, n° 1, p. 63-74.