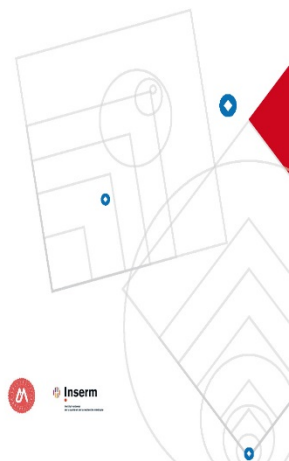




Le traitement des cas suspects (Sénégal, Côte d'Ivoire)

Une expérience collective?

A. Desclaux, M. Egrot, Equipes EBSEN et
Ebo-CI (TransVIHMI, MIVEGEC)



Introduction

Identification Cas Suspects importante pour interrompre les chaînes de transmission et pour traitement précoce > Vécu de cette mesure ?

Peu d'études des CS pendant crise Ebola 2014-16, mais des protestations (USA, Liberia)

Entre dans questionnement général sur:

- Interprétations locales des protocoles (en contexte sociopolitique et culturel)
- Effets socio-sanitaires sur les individus de mesures d'intérêt collectif (dimension éthique)
- Besoins d'ajustement des protocoles OMS au vu de leurs effets (dimension opérationnelle)

Définition OMS

Toute personne, vivante ou décédée, présentant ou ayant présenté une **fièvre élevée à début brutal**,

ET ayant été en contact avec : un cas suspect, probable ou confirmé d'Ebola ; un animal mort ou malade

- OU toute personne présentant une fièvre élevée à début brutal et au moins trois des symptômes suivants : maux de tête ; vomissements ; anorexie / perte d'appétit ; diarrhée ; fatigue intense ; douleurs abdominales ; douleurs musculaires ou articulaires ; difficultés à avaler ; difficultés à respirer ; hoquet
- OU toute personne présentant des saignements inexplicables
- OU toute personne morte subitement et dont le décès est inexplicable.

(définition OMS 2014 adaptée au niveau national selon le contexte)

Définition très sensible et peu spécifique
Signes difficiles à valider, imprécis et valeur prédictive incertaine

Un CS doit être signalé, isolé dans un centre de transit pour Ebola (CTE) ou service de santé, prélevé pour test diagnostic Ebola, identification des contacts

Selon le résultat du test > cas confirmé ou non cas

Etude

Enquête sur deux pays par reconstitution des itinéraires et entretiens avec:

- Personnes ayant été *cas suspects*, témoignages
- Soignants, familles, police, récits de cas à distance

Pour 20 personnes (12 itinéraires) de cas suspects non confirmés:

- 10 identifiées en situation clinique (symptômes)
- 10 hors besoin de soin

Enquête difficile à réaliser: accès aux personnes, récits divergents, aspects non documentés

Contexte

- Sénégal, Côte d'Ivoire: pays « à haut risque » frontaliers des pays épidémie
- 1 cas en 2014 au Sénégal, pas de cas en Côte d'Ivoire
- Dispositifs nationaux de surveillance (numéro vert pour *cas alerte...*)

Présentation

- Comment les CS sont-ils identifiés sur le terrain?
- Quelle est leur expérience de la prise en charge ?
- Cette expérience a-t-elle une dimension collective ?
- Discussion / conclusion

L'identification des *cas suspects* (1)

- Identification CS d'abord évoquée par agent de santé (7), non médical (18)
- Critères: **Fièvre** (16), **provenance pays épidémie** (18), autres symptômes isolés ou pas de symptôme (4), des signes d'orientation (4), pas de configuration de 3 symptômes

Assetou a des vomissements en début de grossesse, ses voisins déclenchent l'alerte. L'équipe Ebola la transfère à l'hôpital et l'isole avec son mari.

- **Fièvre:**

- Interprétation très large (37°5, 38°4)
- Questionnement sur la fiabilité de la mesure en question (bus, pleine chaleur)
- Autre causes de fièvre non considérées

- **Provenance:** critère majeur et prédominant, même si pas de signe clinique

Haby, 19 ans, venue de Guinée pour ambassade, fièvre et vomissements, va à l'hôpital, TDR+ et isolement + test Ebola, relachée après 4 jours.

John, 22 ans, Libérien venu voir son frère, ne parle pas français, sans ressource, s'adresse à centre social, qui déclenche l'alerte.

- **Autres facteurs**

- **Peur chez les soignants:** soit refus de soin, soit catégorisations "large"
- **Dynamiques sociales:**

Un cas "alerte" va a priori être traité comme suspect, + rôle des médias

L'identification des *cas suspects* (2)

- Logiques de catégorisation des CS sur le terrain
 - Dimension “humanitaire”: quand relation de dépendance avec CS
Les enfants de trois femmes voyageant ensemble sont isolés avec elles.
 - Contacts de cas suspect: peuvent être assimilés à des cas suspects selon logique de risque zéro.
Cas du mari d'Assetou.

Identifications “larges”
qui n’obéissent que rarement aux critères OMS
Suivent des logiques médico-techniques et sociales
 (“placisme” Smith-Morris, 2017)

L'expérience de la prise en charge (1)

1. Défaillances du dispositif

- **Manque de lieu, de matériel, de formation:** improvisations en urgence
 - Ahmed enfermé à clé par le médecin dans son bureau, attente 3h.
 - Locaux non équipés et à distance des services > difficultés pour se faire entendre

2. Soins minimaux

- **Besoins de base non satisfaits:**
 - Pas d'eau en journée
 - Sanitaires défectueux
 - Manque nourriture (pas d'accompagnants)
 - Peu de visites des soignants (en EPI) (plusieurs personnes sans problème de santé majeur)
- **Pas de traitement des autres pathologies:**
 - Diagnostic reporté à plus tard
 - Même diagnostiquées: report du traitement

3. Communication soignant-soigné inexistante

- **Ni écoute ni information de la personne:**
 - Sur exposition au risque (pas d'anamnèse), surtout si problème linguistique
 - Non informés du déroulement de la prise en charge (on n'explique pas pourquoi isolé)
 - Certains non informés du résultat du test (quand indéterminé, après)
 - Pas d'anticipation et se perçoivent relégués sans soins
- **Pas de communication avec l'entourage:** interactions difficiles pour le patient

L'expérience de la prise en charge (2)

1. L'isolement: un enfermement

- **Souffrance d'être isolé:**

- Enfermés à clé, certaines fenêtres condamnées, Raoul: *"Ça rend fou"*
- Angoisse d'être atteints par le virus Ebola
- Demandes de contacts avec soignants, de sortir dehors
- Difficultés à communiquer avec familles (téléphones: difficultés)

- **Violence des situations:**

- Liées aux conditions (hôpital + locaux inadaptés)
- Déshumanisation par EPI, par circonstances d'urgence (mari d'Assetou)
- Cas de violence physique et psychologique
- Mais empathie de personnes amicales

2. Conséquences sociales non gérées par le dispositif:

- Durée de l'isolement (souvent 3-4 jours)
- Pertes de temps et d'opportunités (RV administratif, interruption de voyage)
- Stigmatisation par confusion avec des cas d'Ebola (Assetou et son mari)
- Cas "inverse": John le Libérien resté isolé avec prise en charge 3 semaines

Cas non représentatifs mais illustratifs: effets déshumanisant de la focalisation sur le risque Ebola, variabilité situations, améliorations progressives

Dimension collective de l'expérience des CS ?

Une expérience individuelle gardée sous silence

- Expériences le plus souvent individuelles et isolées
- Les personnes expriment leurs critiques aux chercheurs, mais avec crainte (médiatisation)
- Souhaitent éviter toute assimilation à un cas d'Ebola > fuite loin des services
- Pas de possibilité d'expression des plaintes concernant les soins
- Pas de lieu de représentation de cette catégorie de "non malades"
- Au delà d'Ebola, pas de lieu d'enregistrement constructif des dysfonctionnements des services de soins (comités d'éthique?)

Banalisé par les acteurs de soins

- Imputable à l'inexpérience: "On n'était pas formés"
- Période d'isolement d'un cas suspect très courte (donc supportable?)
- Bricolages de solutions cas par cas
- Discours de succès national face à Ebola

Pas d'expression d'une dimension collective
ni de relations entre personnes concernées

Conclusion

Expérience éprouvante des cas suspects

- Diagnostic souvent excessif/abusif au vu des critères OMS
- “Disruption” dans le quotidien sans possibilité d’appel
- Epreuve psychologique et physique

Des attitudes des professionnels en rupture avec la notion de soin

- Focalisées sur le virus et “négligent la personne”
- Relèvent d’attitudes “profanes” d’évitement
- Conséquence de la logique du risque zéro ou application rigide biosécurité

Implications post-crise 2014-2016

- Observations d’abus au plan éthique et d’erreurs au plan médical
- Le vécu des CS semble négligé dans l’extension en cours des dispositifs de surveillance épidémiologique nationaux, à dimension communautaire affirmée (GHSA)
- Pose question sur la “protocolisation” de l’humanisation de soins “dignes” et sur l’éthique de la surveillance communautaire

Remerciements

Aux personnes qui ont participé à l'enquête

Aux membres des deux équipes

Aux organismes qui ont financé les deux études: IRD, AVIESAN (EBSN), IRD, AVIESAN, UNICEF (Ebo-CI), Expertise France