

Livret des résumés des présentations à la journée d'étude Des populations à l'épreuve d'Ebola

IRD Montpellier, 21/09/2017



Des populations à l'épreuve d'Ebola Journée d'étude en anthropologie

21 septembre 2017

Agropolis international - Montpellier



Le traitement social des cas suspects (Côte d'Ivoire, Sénégal). Dimension collective et implications post-crise.

Desclaux A., Egrot M., Groupes d'étude EBSEN et Ebo-CI

Journée d'étude Des populations à l'épreuve d'Ebola, IRD Montpellier, 21/09/2017

L'identification précoce des *cas suspects* à partir de la définition de l'OMS est importante pour interrompre les chaînes de transmission et traiter les malades. La reconstitution des itinéraires de 20 *cas suspects* à partir d'entretiens avec eux ou avec ceux qui les ont pris en charge, dans deux pays « à haut risque épidémique » en 2014-2016, a permis d'examiner les critères d'identification et les modalités de traitement appliqués sur le terrain. La majorité des cas ont été identifiés à partir d'une alerte (de voisins, chef de village, etc) plutôt qu'une référence médicale. La fièvre et la provenance d'un des trois pays épidémiques sont les principaux critères d'identification appliqués de manière peu rigoureuse ; il manque souvent la notion de contact avec un malade d'Ebola, car les personnes *suspectées* sont rarement questionnées à ce sujet. La prise en charge est dominée par l'isolement, mis en place en urgence dans des conditions souvent précaires, par des agents mal ou peu formés. Quelques personnes rapportent qu'elles ont été bien soignées, mais la majorité racontent avoir été enfermées, sans que leurs besoins de base soient satisfaits (accès à l'eau, alimentation, sanitaires, communication) et dans la plupart des cas sans information. Les personnes rapportent qu'elles n'ont pas reçu de traitement pour leur pathologie fébrile avant le résultat du test Ebola (jusqu'à 4 jours en cas de test répété) car les soignants étaient focalisés sur ce résultat. L'étude révèle les défaillances de l'identification des cas suspects et les effets néfastes possibles d'une extension de la surveillance qui encourage les alertes communautaires.

Les volontaires en charge des Enterrements Dignes et Sécurisés en Guinée. Enjeux de reconnaissance et de statuts.

Desclaux A., Deffo M

Journée d'étude Des populations à l'épreuve d'Ebola, IRD Montpellier, 21/09/2017

L'engagement de volontaires associatifs africains est peu visible dans les médias internationaux qui décrivent plutôt l'Afrique comme récipiendaire de l'aide internationale. Or, les volontaires de la Croix-Rouge Guinéenne (CRG) ont joué un rôle clé pendant l'épidémie d'Ebola en assurant les Enterrements Dignes et Sécurisés (EDS). Une étude basée sur des entretiens approfondis avec 34 volontaires sur 4 sites a documenté leur rôle, leurs difficultés et leurs perceptions. Sur le terrain, la mise en application du protocole d'EDS se heurte à des contraintes liées à l'organisation du travail, aux délais entre les décès et les EDS, et à l'hostilité des populations vis-à-vis (1) de la Croix-Rouge suspectée de diffuser l'épidémie et faire disparaître les malades, (2) des techniques d'EDS qui dérogent aux rituels funéraires religieux, (3) des volontaires jugés trop jeunes pour s'occuper des corps des défunts. Tout en adaptant le protocole pour le rendre acceptable, les volontaires effectuent un travail relationnel important qui est peu reconnu, en désaccord avec leur entourage. Malgré une expérience du terrain commune, les volontaires n'ont pas tous le même statut : les volontaires Croix-Rouge de longue date basent leur participation bénévole sur des valeurs humanitaires et un savoir expérientiel en santé et assistance aux personnes, alors que les volontaires recrutés en grand nombre en 2015 pour la surveillance renforcée ont de meilleures conditions de travail et sont rétribués. L'épidémie d'Ebola a ainsi confronté la CRG à la question clé de la reconnaissance sociale, matérielle et symbolique, individuelle et collective, du travail fait par ses volontaires.

Représentations de la Maladie à virus Ebola chez des lycéens et étudiants au Burkina Faso : premiers résultats.

A. Gouo² B. Bila^{1,2},

1: IRD, UMI 233,

2: IRSS/CNRST (Burkina Faso)

Journée d'étude Des populations à l'épreuve d'Ebola, IRD Montpellier, 21/09/2017

L'épidémie de la Maladie à virus Ebola (MVE) de 2014 à 2016 en Afrique de l'Ouest a le plus marqué les esprits par son ampleur et le nombre de victimes. Des mesures dites préventives sont mises en place dans les pays touchés et/ou à risque. Sans enregistrer de cas confirmé de MVE, le Burkina Faso par ses spécificités géographique et migratoire, est ainsi répertorié par l'OMS parmi les pays à risque épidémique. L'intensité et la diversité des sources de l'information en circulation sur la maladie, justifie la naissance et l'amplification de rumeurs au sein de la population générale. La compréhension de cette situation a imposé une description rigoureuse des perceptions de la MVE par la population. De jeunes lycéens et étudiants apparaissant à l'avant-garde de l'information, et initiateurs d'opinions, ont été ciblés.

Bien que la MVE soit considérée par l'ensemble des participants comme une maladie grave à cause de sa très forte mortalité, le discours officiel sur son origine suscite des doutes. Pour la plupart d'entre eux, la MVE est un complot local et international contre l'Afrique. Réduire la démographie pour limiter les menaces liées à la migration vers l'Europe, contrôler le continent en le maintenant dans le sous-développement et l'assistanat, protéger certaines espèces animales en voie d'extinction pour des besoins de recherches en les présentant comme des porteurs du virus, permettre à certaines firmes pharmaceutiques de commercialiser leurs médicaments, tels seraient les objectifs visés par les grandes puissances occidentales, à travers cette épidémie. Localement, l'adhésion de ces jeunes intellectuels à la théorie du complot est marquée par le manque d'informations claires sur l'origine et les mesures de riposte, et les limites actuelles des connaissances scientifiques sur l'épidémie.

L'émergence et la récurrence de maladies épidémiques comme la MVE nécessitent que soit prise en compte la façon dont les populations perçoivent ces menaces de santé pour mieux adapter les mesures de prévention.

Les soignants exposés. Expérience du Sénégal.

Sow K. pour équipe Ebsen

Journée d'étude Des populations à l'épreuve d'Ebola, IRD Montpellier, 21/09/2017

Au Sénégal, l'épidémie de MVE (Maladie à virus Ebola) a été déclarée le 29 Août 2014 après le diagnostic d'un cas chez un guinéen. 74 personnes contact dont 40 agents de santé ont été mis en surveillance communautaire durant 21 jours. Un projet de recherche a permis d'analyser « à chaud » les déterminants de la confiance / défiance envers le dispositif de riposte à l'épidémie de MVE. Une enquête menée auprès de 30 agents de santé a permis d'analyser le profil des soignants exposés, de décrire les modalités d'exposition et d'application de la surveillance communautaire. Les résultats montrent que les « soignants » en surveillance présentent des profils et des compétences variables : infirmières agents de santé communautaire, médecins stagiaires, techniciens de laboratoires ou biologistes, brancardiers, agents sanitaires. Les soignants peu informés sur la MVE, sans matériel adéquat n'ont pas respecté les normes d'hygiène sanitaire. Ils ont vécu la période d'isolement avec souffrance en ayant le sentiment d'avoir été exposés sans avoir été préparés, d'exposer leurs proches et de ne pas avoir été financièrement soutenus alors que la majorité ont été privés de leurs sources de revenus. Ces données révèlent que les soins à l'entrée du système de santé « hotspots » sont en majorité assurés par des soignants de plus en plus qualifiés, engagés, au statut précaire peu valorisé, vulnérables et souvent omis lors des formations. Ainsi, le risque de transmission de la MVE est à la fois lié aux conditions matérielles d'organisation des soins, aux profils et compétences des soignants.

Les socio-anthropologues à la recherche des sujets contacts dans le dernier foyer actif d'Ebola en Guinée.

Diop M-K

Journée d'étude Des populations à l'épreuve d'Ebola, IRD Montpellier, 21/09/2017

A la fin de l'épidémie d'Ebola en Guinée (juillet-décembre 2015), la recherche des sujets contacts à haut risque est devenue une préoccupation après avoir géré - pendant une certaine période - les réticences ou les violences observées dans le cadre de l'enterrement digne et sécurisé. Des mesures vigoureuses de surveillance et de prévention ont été urgemment mises en œuvre pour limiter le risque de relance de la chaîne de contamination et l'expansion de la maladie en dehors des foyers actifs. Ceux-ci s'étant progressivement déplacés de la Guinée Forestière vers la Basse Guinée. La communication vise à montrer comment les populations ont réagi face aux mesures imposées et comment les socio-anthropologues du LASAG ont participé à la recherche des sujets contacts. Dans ce contexte, plusieurs mesures mises en œuvre (le cordon sanitaire, le micro cerclage, le cantonnement et le confinement), eurent des impacts sociaux importants, notamment dans la zone de Kalia à Forécariah où l'épidémie a fait un retour inattendu. Ces mesures se sont en effet heurtées aux frustrations des populations locales. La fuite des sujets contacts pouvant s'expliquer ou se comprendre notamment par la peur de l'épidémie, les rumeurs, la crise de confiance, la stigmatisation, la ségrégation, le contrôle social ou l'isolement...

« Santé publique et rituels funéraires (RF) en situation de risque épidémique Ebola (Côte d'Ivoire : CI) »

Egrot M, Kra F, Akindès F, Zina O.

Journée d'étude Des populations à l'épreuve d'Ebola, IRD Montpellier, 21/09/2017

Quelques rappels sont faits sur la MVE de 2013-2016, son bilan, la transmission, notamment par les cadavres, les mesures préventives et la difficulté à les exécuter. Ils précisent que les RF constituent un pilier de la dignité humaine ; vont des soins aux mourants jusqu'à l'ancestralisation ; sont un fait social total et un impératif culturel ; se caractérisent par une diversité et une variabilité.

Le plan de communication ivoirien attire l'attention sur « la manipulation des cadavres » et demande que ces « pratiques traditionnelles » soient évitées, avec nécessité « d'enterrements rapides » et « hygiéniques ».

Les recherches montrent que : les rituels funéraires ont peu changés en CI durant l'épidémie ; les autorités ressentent une difficulté face à la mesure relative aux cadavres ; une différence de réactions envers les personnes ne respectant pas les recommandations (viande de brousse *versus* RF) ; une hiérarchisation des risques et des priorités.

L'inscription des RF dans les « pratiques traditionnelles dangereuses » lors d'Ebola est discutée au regard de discours politiques actuels en Afrique sur tradition et développement. Une comparaison entre sida et Ebola met en lumière comment la santé publique, à propos de RF, contredit les discours des plus vieux, et remet en cause la légitimité de leurs discours. Les auteurs s'interrogent alors sur le rôle de ces facteurs dans l'absence de changements, la faible médiatisation, les difficultés ressenties par les professionnels ; la frilosité des autorités dans l'exécution de la mesure et la répression des contrevenants.

Le silence post-épidémie chez les survivants et dans la société guinéenne

Paix sociale et fracture entre survivants et population

Fribault M.

Journée d'étude Des populations à l'épreuve d'Ebola, IRD Montpellier, 21/09/2017

Plusieurs mois d'entretien avec les 13 patients guéris de Boké, dans une période post-Ebola où résistances et réticences, rumeurs et croyances se sont tues, ont été riches d'enseignement sur celles-ci. L'aspect sans conteste marquant de ces mois est le silence qui règne sur l'épisode épidémique guinéen et sur « Ebola » au sein de l'ensemble de la société dans les relations quotidiennes. Les populations sont silencieuses, selon un pattern historique en Guinée (Dave 2014), afin de taire la multiplicité des perceptions d'Ebola parfois radicalement opposées afin de constituer l'entente sociale. Selon les informateurs cette multiplicité se nourrit d'une série de doutes indépassables (intentionnalités, symptômes, origine d'Ebola, etc.). Le silence témoigne du souci de ne pas éveiller de désaccords, créer de la tension voire lever des antagonismes sociaux, en retirant de la place publique la violence contenue dans l'expression des différences de perception et d'analyse de la crise et de la maladie Ebola, allant d'« Ebola est faux » à « Ebola est vrai », une partition toujours actuelle en 2015, entre les extrêmes de laquelle beaucoup oscillent à un moment ou un autre, si les circonstances sont là. Ce silence fondé sur la multiplicité des avis et analyses déjoue ce que les populations de Boké, y compris les guéris, perçoivent comme un risque, la rupture de l'entente sociale, une problématique centrale en Guinée. Ce risque qui semble être le risque majeur perçu, est social pour eux. La prépondérance de ce pattern montre qu'une normalisation des relations sociales ambiguë est à l'œuvre, accommodant les doutes et leurs effets sociologiques. La polysémie des catégories sociales d'ebola mikhi et de toni fakhadé (ceux qui ont refusé la mort) témoigne de la même ambiguïté. Outre la critique, le silence ouvre à des interrogations sur la manière de gérer la crise dans le post-Ebola en Guinée, alors que les institutions et ONG ne tiennent ni compte de la détermination de la population à archiver l'épisode Ebola et la présence de survivants, ni des doutes et des craintes qui motivent cet effort.

« Les Survivantes. Femmes guéries de la maladie à virus Ebola en Guinée »

Taverne B, Sylla T.Y, et l'équipe de recherche anthropologique de PostEboGui

Journée d'étude Des populations à l'épreuve d'Ebola, IRD Montpellier, 21/09/2017

En Guinée, les informations épidémiologiques obtenues à la fin de l'épidémie ont montré que le nombre de femmes malades avait été supérieur à celui des hommes (2007 [52,7%] vs 1801 [47,7%]), mais que cet écart n'était pas différent de la répartition de la population générale selon le sexe, et que la différence entre les taux d'incidence ($36,58 \pm 1,6$ / 100 000 pour les femmes et $35,02 \pm 1,62$ chez les hommes) n'était pas statistiquement significative ($p=0,18$). Cependant, une analyse plus fine – par classe d'âge – pour les malades non pris en charge avant leur décès, a révélé une incidence plus élevée chez les femmes à partir de 60 ans, traduisant pour ces femmes, une plus grande exposition à la maladie.

Dans le cadre du programme de recherche opérationnelle « [Re]vivre après Ebola en Guinée. Evaluation et accompagnement des patients déclarés guéris d'une infection par le virus Ebola en Guinée – Cohorte PostEboGui », une étude spécifique a été réalisée auprès de 30 femmes de Guinée maritime, afin de décrire et analyser l'impact des statuts et rôles sociaux féminins sur leur

exposition et le vécu de la maladie. La présente communication s'attache à décrire le traitement social (favorable ou défavorable) accordé aux femmes à l'occasion de leur maladie.

Les entretiens confirment la dimension familiale de la maladie avec une moyenne de six personnes malades et quatre décès par unité domestique. Les témoignages décrivent la recomposition des unités domestiques, les impacts économiques immédiats de la maladie, les diverses situations de stigmatisation, d'exclusion et leur évolution. Ils révèlent également les différentes formes de solidarités entre conjoints, entre frères-sœurs, et leur variabilité. Enfin, alors que 18/30 femmes sont « guéries » depuis plus de 10 mois, seules 13/30 affirment avoir bénéficié d'une aide fournie par le dispositif de soutien aux personnes guéries au moment des entretiens (déc. 2015-janv. 2016).