

Colloque Ebodakar

Epidémie d'Ebola en Afrique de l'Ouest
Approches ethno-sociales comparées

Dakar, Hôtel Ngor Diarama, 19-21 mai 2015

Réseau Ouest-Africain SHS Ebola
Unité TransVIHMI (IRD/INSERM), CRCF (Dakar)

Ebodakar2015.sciencesconf.org

PRESENTATION DU COLLOQUE

Depuis que l'épidémie à virus Ebola a été déclarée en Guinée fin mars 2014, les aspects sociaux se sont révélés déterminants pour le succès de la prévention, du traitement des malades, de l'acceptation des plans de riposte, de la conduite de recherches et d'essais thérapeutiques. Un an plus tard, le volume d'études en sciences sociales est suffisant pour organiser le premier colloque en sciences sociales sur l'épidémie d'Ebola en Afrique de l'Ouest.

L'objectif de ce colloque est de rassembler des analyses en anthropologie et sciences sociales sur l'épidémie ouest-africaine, et de créer un espace d'échange entre chercheurs et acteurs de la riposte (santé publique, ONG, agences des Nations-Unies), afin d'identifier des résultats de recherche clés dans une perspective théorique et/ou opérationnelle.

Les objectifs spécifiques sont:

- faire connaître aux chercheurs et aux professionnels en santé publique les premiers résultats de recherches en sciences sociales achevées ou en cours
- discuter la pertinence de ces résultats au regard des enjeux locaux dans divers pays et au niveau régional, et identifier des recommandations opérationnelles transversales ou nationales
- identifier des approches comparatives pertinentes entre pays et des perspectives théoriques pertinentes
- contribuer, au-delà des études locales ou nationales, à une connaissance de l'épidémie au niveau régional (Afrique de l'Ouest, Afrique) et international, et stimuler les échanges entre chercheurs et acteurs à ce niveau.

Le colloque comprend trois moments :

- L'introduction présente les enjeux actuels de l'épidémie pour les systèmes de santé et les sociétés, et l'apport des sciences sociales, dans leur dimension régionale
- La Journée Santé Publique et Sciences Sociales aborde des problématiques appliquées, sous la forme de communications courtes rapportant des expériences d'enquêtes anthropologiques sollicitées par des institutions (OMS, Ministères), ou d'analyses plus approfondies à propos d'interventions sanitaires, suivies de débats inter-disciplinaires,
- La Journée Anthropologie et Sciences Sociales aborde les dimensions socio-culturelles de l'épidémie dans une approche plus réflexive et théorique, en tentant de mettre en valeur des cadres d'interprétation pertinents et des contributions méthodologiques ou critiques. Quelques enjeux de l'usage de l'anthropologie en situation d'urgence et soumise à une demande seront discutés, en analysant les limites de cette pratique.

Le Colloque EBODAKAR est organisé par le Réseau Ouest-Africain SHS Ebola, l'UMI TransVIHMI (Institut de Recherche pour le Développement et INSERM), le CRCF (Centre Régional de Recherche et de Formation à la prise en charge de Fann, Dakar), avec l'appui du Centre des Opérations d'Urgence Sanitaire (COUS) du Ministère de la Santé et de l'Action Sociale du Sénégal, et du Département de Sociologie et l'Ecole Doctorale ETHOS de l'Université Cheikh Anta Diop de Dakar (UCAD).

Il est organisé grâce aux contributions de partenaires opérationnels : Organisation Ouest-Africaine de la Santé (OOAS), Institut de Recherche pour le Développement (IRD), Alliance pour la Vie et la Santé (AVIESAN) et Institut Thématique Multi-Organismes (ITMO) Microbiologie et maladies infectieuses, Service de Coopération et d'Action Culturelle de l'Ambassade de France, ENDA Santé, Expertise France International et Initiative 5%, UNICEF Sénégal, Conseil National de Lutte contre le Sida (CNLS).

PROGRAMME

Mardi 19 INTRODUCTION GENERALE			
S1	15h	CEREMONIE D'OUVERTURE	
S2	16h	SESSION INTRODUCTIVE	
		S. Faye	Conférence courte: Histoire sociale de l'épidémie ouest-africaine
		R. Migliani	Conférence courte: Enjeux épidémiologiques et perspectives
		A. Desclaux	Conférence courte: Enjeux anthropologiques et perspectives
S3	17h	SESSION "APPROCHES OUEST-AFRICAINES"	
			Bilans de situation introductifs
			Table-ronde: Les dimensions sociales dans les réponses régionales
	18h30	COCKTAIL	
Mercredi 20 JOURNEE ANTHROPOLOGIE ET SANTÉ PUBLIQUE			
S19		COMMUNICATIONS AFFICHEES	
S20	8h30-9h	INTRODUCTION: RESEAUX INTERNATIONAUX ANTHROPOLOGIE & EBOLA	
S4	9h	COMMENT SOUTENIR LA PREPARATION DES COMMUNAUTES ?	
		Lamine Ndiaye	Entre dispositif sanitaire et pratiques ancestrales : représentations et pratiques populaires à propos de la Maladie à Virus Ebola à Kolda Sénégal
		Elisabete de Carvalho	Préoccupations et représentations de la Maladie à Virus Ebola chez les appelants d'un numéro vert Burkina
		Bernard Seytre	L'anthropologie au service d'une stratégie de sensibilisation, d'éducation et de communication de crise au Togo Togo
		Mariam Sall Traoré	Campagne d'information et de sensibilisation des populations sur la Maladie à Virus Ebola au Mali Mali
		Mame Khady Ba	La communication sur le risque, un facteur clé dans la prévention contre l'épidémie de Maladie à Virus Ebola au Mali Mali
	10h30-11h	PAUSE-CAFE et POSTERS	
S5	11h-12h30	COMMENT RENDRE ACCEPTABLE LA SURVEILLANCE COMMUNAUTAIRE DES SUJETS CONTACTS ?	
	Salle A	Ndeye Khoudia Sow	Vécu de la « surveillance communautaire » par les soignants contacts au Sénégal Sénégal
		Mouhamed Badji	Des symptômes de la Maladie à Virus Ebola ou de la peur ? Interprétations et gestion des troubles des sujets contacts pendant la surveillance communautaire au Sénégal Sénégal
		Desclaux Alice	« Humaniser » les soins dans l'épidémie d'Ebola ? Tensions entre gestions du care et du risque de transmission dans le suivi des sujets contacts au Sénégal Sénégal
		Dioumel Badji	Premier cas d'Ebola à Dakar : les effets socioprofessionnels d'une mise en surveillance communautaire à domicile Sénégal
		Kounandji Diarra	La réinsertion des contacts dans leur milieu de résidence ou leur milieu professionnel au Mali Mali
S6	11h-12h30	COMMENT ADAPTER LA SENSIBILISATION AUX VULNERABILITÉS BIOSOCIALES ?	
	Salle B	Jidata Maiga	Communautés de base : marchés, grins, tontines de femmes dans la riposte à la Maladie à Virus Ebola au Mali Mali
		Moussa Coulibaly	Catholiques et protestants dans la riposte à la MVE au Mali Mali
		Giani Sergio	Les prestataires de soins traditionnels dans la prévention et la riposte à la Maladie à Virus Ebola au Mali Mali
		Diarra Tiéman	Les familles au coeur de l'épidémie et de la riposte à la Maladie à Virus Ebola au Mali Mali
	12h30-13h30	PAUSE-REPAS ET POSTERS	
S7	13h30-15h	COMMENT FAVORISER LA PREPARATION DES INSTITUTIONS SANITAIRES ?	
	Salle A	Modibo Keita	Structures de sante et prestataires de soins dans la riposte à la Maladie à Virus Ebola au Mali Mali
		Bastide Lois	L'évènement Ebola : « Investissement de forme » et preparedness en santé publique global
		Clément Tarantini	Le sentiment de préparation des soignants de "première ligne" dans les ESR français global

		Basile Keugoung	Mobilisation 2.0 des équipes cadres de district pour la lutte contre la Maladie à Virus Ebola et d'autres défis émergents : un projet de recherche-action	3 pays
S8	13h30-15h	COMMENT APPUYER LA REINSERTION ET LA RESILIENCE DES SYSTEMES DE SANTE ?		
	Salle B	Bano Barry	Ebola en Guinée: Dépasser la crise sociale, politique et sanitaire	Guinée
		Joy Backory	Limiter l'impact de la MVE sur la prise en charge du VIH : aspects sociaux clés	Global
		Mamadou Sissoko	Ecole face à Ebola: Vécu et retour des élèves contacts dans le milieu scolaire au Mali	Mali
		Julie Dubois	Evaluation rapide des besoins des enfants affectés par Ebola et développement de la réponse de protection de l'enfant	Guinée
	15h-15h30	PAUSE-CAFE ET POSTERS		
S9	15h30-17h	COMMENT CONFRONTER LA VIOLENCE ET REDUIRE LA SOUFFRANCE ?		
		Fatou Mbow	A l'écoute des paroles et des réactions hostiles de personnes et de populations: comprendre pour mieux expliquer et moins diriger	Guinée
		Alain Epelboin	Entre coercitif et compréhensif : Approche psycho-ethnographique des réponses à l'épidémie de 2014-2015	Guinée
		Maria Cristina Manca	Yasaba ou la peur d'être isolé et abandonné : une proposition de sensibilisation adaptée aux inquiétudes des Kissi	Guinée
		Julienne Anoko	Communication lors d'une épidémie de Maladie à Virus Ebola avec des communautés révoltées en Guinée: approche anthropologique	Guinée
S10	17h-18h	SESSION DE SYNTHESE JOURNEE		
Jeudi 21		JOURNEE ANTHROPOLOGIE ET SCIENCES SOCIALES		
S19		COMMUNICATIONS AFFICHEES		
S11	8h30-9h	INTRODUCTION		
		Cheikh Ibrahima Niang	Tensions discursives, conflits de pouvoir et dynamiques sociales autour de l'épidémie d'Ebola. Réflexions à partir des cas de la Sierra Leone, du Mali et de la Guinée	
S12	9h-10h30	LA RIPOSTE: CATEGORIES D'ANALYSE ET REGARD CRITIQUE		
	Salle A	Emmanuelle Roth	« Le CTE, c'est comme une forêt sacrée » : dialectique du secret dans un centre de traitement Ebola en Guinée forestière	Guinée
		Friederike Feuchte	Dimensions of Ebola affectedness in communities. Towards an understanding how Ebola affected rural Liberia	Liberia
		Frédéric Le Marcis	La mise en camp de la Guinée	Guinée
		Sharon Abramowitz	The Questionable Science of Community-Based Response and Social Mobilization	Liberia
S13	9h-10h30	PRATIQUER LE COMPARATIF: LES INTERPRETATIONS ETIOLOGIQUES		
	Salle B	Roch Hounghinin	Résurgence de théories de complot en contexte Ebola : essai d'anthropologie axé sur l'analyse de la rumeur	Bénin, CI
		Mathieu Fribault	Ebola en Guinée, l'expérience d'une crise sociale : Des régimes de doute et des réticences à des actions d'autosensibilisation informelle communautaire	Guinée
		Julien Gavelle	« Déterrer les questions et replanter la réponse » : une rétro-ethnographie des premiers instants d'Ebola en Guinée forestière	Guinée
		Armin Prinz	Les résultats principaux d'une enquête ethnomédicale, effectuée pour l'OMS 2012 à Isiro, RDC	RDC
	10h30-11h	PAUSE-CAFE ET POSTERS		
S14	11h-12h30	CIRCULATIONS DE L'INFORMATION ENTRE RUMEURS ET MEDIA		
	Salle A	Albert Gautier Ndione	De la Guinée au Sénégal : un patient, un itinéraire, mille commentaires	Sénégal
		Thomas Atenga	Journaux, Journalistes et Ebola au Cameroun. Une étude des registres discursifs	Cameroun
		Marc Egrot	Lecture anthropologique de quatorze mois de revue de presse au Bénin sur la maladie à virus Ebola	Bénin
		Anita Schroven	Ebola in Guinea: Localities of exception?	Guinée
		Blandine Bila	La menace Ebola au Burkina Faso entre rumeurs et riposte nationale	Burkina
S15	11h-12h30	LES REPONSES INSTITUTIONNELLES: TEMPORALITÉS, VERTICALITÉ, GOUVERNANCE		
	Salle B	Jean-Francois Caremel	La gestion d'une épidémie absente au Niger ou Ebola entre défiance(s) et routine(s)	Niger
		Bernard Taverne	Financements des recherches en sciences sociales sur l'épidémie à virus Ebola, « se hâter lentement »	global
		Oumy Thiongane	Défis de la lutte antivectorielle autour de la maladie du sommeil en contexte de crise en Guinée maritime.	Guinée

		Mahaman Moha	Quand les Urgentistes rencontrent les Développeurs. Socio-anthropologie de la co-production de la lutte contre la Maladie à Virus Ebola au Niger	Niger
		Pascal Bangambe	La gouvernance dans la riposte à la Maladie à Virus Ebola au Mali	Mali
	12h30-13h30		PAUSE-REPAS ET POSTERS	
S16	13h30-15h		ENQUÊTER AVEC / SUR UNE RECHERCHE CLINIQUE: CONTRAINTES ET OPPORTUNITES: TABLE-RONDE	
		Maya Ronce	Implication des personnes guéries dans le cadre de l'essai clinique Ebola-Tx (Communication introductive 1)	Guinée
		Abdramane Berthé	Acceptabilité et inquiétudes à propos d'un essai vaccinal pour la Maladie à Virus Ebola au Burkina Faso (Communication introductive 2)	Burkina
	15h-15h30		PAUSE-CAFES ET POSTERS	
S17	15h30		SESSION DE SYNTHÈSE	
S18	17h-17h30		CEREMONIE DE CLÔTURE	
S19			COMMUNICATIONS AFFICHEES	
		1 Auguste Didier Blibolo	Ebola ou Déborah : rencontre de logiques sanitaires et de stratégies de rejet de la prévention dans les maquis d'Abidjan	Côte d'Ivoire
		2 Zibada Cisse	L'expérience du Mali dans le suivi des contacts de la Maladie à Virus Ebola	Mali
		3 Modeste Deffo	Le double regard sur les structures et les équipements du traitement de la Maladie à Virus Ebola dans la préfecture de Kérouané, Haute Guinée	Guinée
		4 Alice Desclaux	Comment vivent les survivants ? Un modèle à tester pour aborder la diversité des situations socio-sanitaires des patients guéris d'Ebola	Guinée, global
		5 Karim Diallo	Les religieux musulmans face à la riposte à l'épidémie de Maladie à Virus Ebola au Mali	Mali
		6 Assita Gouo	Réactions sociales de protection des populations face à Ebola au Burkina Faso : une lecture anthropologique	Burkina Faso
		7 Gilles Guerrier	Reported incidents in the Ebola crisis management in Guinea, Liberia and Sierra Leone: a systematic review	3 pays
		8 Bouréma Kansaye	La Maladie à Virus Ebola au Mali sous le prisme du droit	Mali
		9 Souleymane Sow	Perceptions, expressions et gestion de la peur chez les personnes en isolement communautaire au Sénégal	Sénégal
		10 Aida Sylla	La cellule de soutien psychologique: Mise en place d'un dispositif d'urgence de soutien à distance	Sénégal

COMITÉS

Coordination : Pr Alice Desclaux (IRD), Dr Khoudia Sow (CRCF), Pr Lamine Ndiaye (UCAD)

COMITÉ SCIENTIFIQUE INTERNATIONAL

- Francis Akindes (Anthropologue, professeur, Université A. Ouattara, Côte d'Ivoire)
- Dioumel Badji (Géographe, Coordinatrice du Réseau Ouest-Africain SHS Ebola, CRCF, Dakar, Sénégal)
- Abdramane Berthé (Socio-anthropologue, Centre Muraz, Burkina Faso)
- Blandine Bila (Anthropologue, chercheuse, IRSS/CNRST, Burkina Faso)
- Jean-François Caremel (Anthropologue, doctorant, LASDEL, Niger)
- Alice Desclaux (Anthropologue, directrice de recherche, TransVIHMI, UMI 233 IRD, INSERM U 1175, Sénégal)
- Mahaman Moha (Médecin, Anthropologue, chercheur, LASDEL, Niger)
- Marc Egrot (Anthropologue, chercheur, MIVEGEC, UMR 224 IRD, Bénin)
- Alain Epelboin (Anthropologue, chercheur, MNHN, CNRS, Paris)
- Sylvain Faye (Anthropologue, professeur, Département de Sociologie, Université Cheikh Anta Diop de Dakar)
- Julien Gavelle (Anthropologue, linguiste, CASOA, Mali)
- Roch Hounghin (Anthropologue, professeur, Université d'Abomey-Calavi, Bénin)
- Walter Kra Kouamé (Sociologue, Université A. Ouattara, Côte d'Ivoire)
- Gabrièle Laborde-Balen (Expert technique international en santé publique, CRCF, Sénégal)
- Guillaume Lachenal (Historien, Université Paris Diderot, France)
- Frédéric Le Marcis (Anthropologue, Ecole Normale Supérieure de Lyon, France)
- Lamine Ndiaye (Anthropologue, professeur, directeur de l'Ecole Doctorale ETHOS, Université Cheikh Anta Diop de Dakar, Sénégal)
- Vinh-Kim Nguyen (Médecin anthropologue, professeur, chercheur, France, Pays-Bas, Canada)
- Koen Peeters (Anthropologue, Institut de Médecine Tropicale d'Anvers, Belgique)
- Khoudia Sow (Médecin anthropologue, chercheur, CRCF, Sénégal)
- Bernard Taverne (Anthropologue, chercheur, TransVIHMI, UMI 233 IRD, INSERM U 1175, France)
- Doris Bonnet (Anthropologue, chercheur émérite, IRD, France)
- Winny Koster (Anthropologue, chercheur, Université d'Amsterdam, Pays-Bas)
- Ann Kelly (Anthropologue, chercheur, Université d'Exeter, Grande Bretagne)
- Fred Eboko (Anthropologue, chercheur, CEPED, UMR 196, IRD, France)
- Laetitia Atlani-Duault (Anthropologue, chercheur, SESSTIM, UMR912 IRD, Etats-Unis)

COMITÉ D'ORGANISATION

- Dioumel Badji (Coordonnatrice Réseau Ouest-Africain SHS Ebola, Dakar, Sénégal)
- Khoudia Sow (Médecin anthropologue, CRCF, Dakar, Sénégal)
- Alice Desclaux (Médecin anthropologue, TransVIHMI, IRD, Dakar, Senegal)
- Virginie Champion (Assistante administrative, TransVIHMI, IRD, Dakar, Sénégal)
- Bineta Thiam Mbaye (Secrétaire, CRCF, Dakar, Sénégal)
- Aissatou Niang (Assistante de gestion, CRCF, Dakar, Sénégal)
- Maguette Ndaw (Assistante de recherche, TransVIHMI, CRCF, Dakar, Sénégal)
- Allé Baba Dieng (Médecin de santé publique, Ministère de la Santé et de l'Action Sociale, Dakar, Sénégal)
- Mary Diop (Chargée de communication, Ministère de la Santé et de l'Action Sociale, Dakar, Sénégal)
- Gabrièle Laborde-Balen (Expert technique international en santé publique, CRCF, Sénégal)
- Maëlle de Sèze (Doctorante, Université Paris 1/Université de Sheffield, Paris, France)
- Alice Comte (Chargée de communication, IRD, Dakar)

COORDONNATEURSET CONFÉRENCIERS

Khoudia Sow

Ndeye Khoudia Sow a une formation de médecin de santé publique et d'anthropologue. Après avoir travaillé à l'OMS et à l'ONUSIDA, elle est en poste au Ministère de la Santé et de l'Action Sociale et affectée au Centre Régional de Recherche et de Formation à la prise en charge de Fann, à Dakar. Elle a mené des analyses socio-anthropologiques principalement sur l'expérience des personnes vivant avec le VIH, la question des femmes confrontées à l'épidémie, sur les services de diagnostic VIH et soin destinés aux familles, et sur la procréation en période de fin de l'exceptionnalité du sida. Elle co-coordonne le projet EBSEN (Epidémie d'Ebola et production sociale de la confiance au Sénégal).

Lamine Ndiaye

Lamine Ndiaye est professeur d'anthropologie à l'Université Cheikh Anta Diop de Dakar où il dirige l'Ecole doctorale ETHOS. Il est spécialiste de la société wolof, dont il a analysé en particulier le rapport à la maladie et à la thérapie (dans une étude concernant plus largement l'Afrique), et les liens entre parenté et mort portant l'héritage de Louis-Vincent Thomas. Son dernier ouvrage traite de « Culture, crime et violence ». En anthropologie médicale, ses travaux ont surtout porté sur les représentations et la symbolique de la maladie au Sénégal. C'est ce thème qu'il a exploré dans une étude qu'il a coordonnée à propos l'épidémie d'Ebola auprès des populations des régions du Sud du Sénégal.

Alice Desclaux

Alice Desclaux est médecin de santé publique et anthropologue. Après avoir été professeur d'anthropologie de la santé à l'Université d'Aix-Marseille, elle a rejoint l'Unité Internationale TransVIHMI de l'Institut de Recherche pour le Développement, à Dakar. Ses travaux en Afrique ont combiné les approches théorique et opérationnelle, à propos notamment des transformations des systèmes de santé confrontés à l'épidémie de VIH, des dimensions éthiques du médicament et des effets de la « pharmaceuticalisation », des vulnérabilités sociales comparées (liées au genre, enfants), des constructions sociales de la recherche médicale. Elle co-coordonne le projet EBSEN (Epidémie d'Ebola et production sociale de la confiance au Sénégal).

Sylvain Faye

Sylvain Faye a combiné une thèse d'anthropologie et un Master en gestion des systèmes de santé, et il est professeur d'anthropologie à l'Université Cheikh Anta Diop de Dakar où il dirige le Département de sociologie. Il travaille depuis quinze ans sur les innovations thérapeutiques dans le champ du paludisme, de la santé maternelle et néonatale, de l'hygiène et de la malnutrition au Sénégal. Il a aussi mené des analyses des systèmes de soins et de la décentralisation, des enquêtes de satisfaction des patients et des études sur la gouvernance dans cinq pays africains. Il s'est engagé dès mars 2014 dans des études sur l'épidémie d'Ebola en Guinée puis au Mali, à la demande de l'OMS.

René Migliani

René Migliani est médecin chef des services en retraite du service de santé des armées français, professeur de l'École du Val-de-Grâce. Spécialiste et enseignant de santé publique orienté en épidémiologie et recherche clinique appliquée à la prévention dans les domaines des maladies transmissibles (paludisme, peste, choléra, schistosomoses, hépatites virales, infections sexuellement transmissibles) et de la vaccinologie. Conseiller du ministère des affaires étrangères français auprès du coordinateur national de la lutte contre Ebola en Guinée depuis octobre 2014.

Cheikh Ibrahima Niang

Cheikh Ibrahima Niang est anthropologue, enseignant-chercheur à l'Institut des Sciences de l'Environnement de l'Université Cheikh Anta Diop de Dakar. Il s'intéresse aux constructions discursives, culturelles et politiques autour des pratiques et comportements sociaux, associées aux questions d'environnement et de santé en Afrique. Il a mené plusieurs travaux sur la sexualité et est connu pour son engagement dans la lutte contre le sida et les violences basées sur le genre. Il fait partie des premiers anthropologues à être mobilisés, dès le début de l'épidémie de MVE, en Sierra Leone, puis au Mali et en Guinée. Il est actuellement membre du groupe de travail des conseillers sur Ebola rattachés à la direction de l'OMS.

RESUMES DES COMMUNICATIONS

SESSION S 4. COMMENT SOUTENIR LA PREPARATION DES COMMUNAUTES ?

Entre dispositif sanitaire et pratiques ancestrales : représentations et pratiques populaires à propos de la maladie à virus Ebola à Kolda (Sénégal)

Ndiaye Lamine¹, Ndiaye Ousmane, Ka Abdou²

1. Ecole doctorale ETHOS, Université Cheikh Anta Diop de Dakar (Sénégal), 2. Laboratoire de sociologie, Université Cheikh Anta Diop de Dakar (Sénégal)

ndiayelame@yahoo.fr

Dès la déclaration de l'épidémie de maladie à virus Ebola en Guinée, le Sénégal fut pris par la panique à cause de sa proximité géographique avec ce pays. Puis, lorsque le premier malade est venu de Guinée, les dispositifs ont été renforcés au niveau de la frontière à Kolda, désormais devenu un lieu à haut risque aux yeux des populations et de l'Etat. Cette situation a soulevé plusieurs questions. Comment les stratégies de riposte ont-elles été appréciées par les populations locales ? Quelles pratiques d'autoprotection ont été développées pour gérer le risque de contagion ? Les résultats qui seront présentés sont issus d'une étude socio-anthropologique commanditée par le Ministère de la santé et de l'action sociale du Sénégal dans le cadre de son programme de prévention contre la MVE. L'enquête a été effectuée dans les trois départements de la région de Kolda auprès de soignants, des autorités administratives, des tradipraticiens et des populations. Les autorités administratives et sanitaires en partenariat avec une myriade d'organisations non-gouvernementales ont mis sur pied un dispositif de prévention coordonnée au niveau régional par un comité de gestion des épidémies et au niveau départemental par des *surveillants épidémiologiques*. Ce dispositif est diversement apprécié par les populations en fonction de leur niveau de connaissances et des représentations qu'elles se font de la maladie. Cette communication va lever un coin du voile sur les stratégies de riposte élaborées par le Sénégal et leur acceptation par des populations tiraillées entre des pratiques ancestrales et des normes sanitaires nouvelles relayées par les agents de santé et les médias.

Préoccupations et représentations de la Maladie à Virus Ebola chez les appelants d'un numéro vert: analyses au Burkina Faso et perspectives sous-régionales

de Carvalho Elizabete, Zaongho Stanislas Landry

Sida Info ServiceSIS-Réseau (France)

edecarvalho@sis-association.org

Lors d'une crise sanitaire, la mise à disposition d'un numéro vert pour répondre aux préoccupations des populations est une mesure que les gouvernements mettent rapidement en œuvre, en s'appuyant parfois sur des services de relation d'aide à distance existants. Dans le cas de l'épidémie à virus Ebola, le Ministère de la Santé du Burkina Faso a confié cette mission à la Ligne *Info Sida* gérée par l'Association des Femmes Africaines Face au Sida (AFAFSI-BF). Son expérience lui a permis d'être rapidement opérationnelle, y compris en matière de recueil de données sur le contenu des appels, en insérant un item *Ebola* à la fiche informatisée de collecte d'information sur les questionnements des appelants. Les principaux thèmes abordés sont : des généralités sur Ebola (symptômes,

épidémiologie, 46,8 %), ses modes de transmission (34,8 %) et ses moyens de prévention (33,3 %). Des extraits des propos des appelants sont également saisis par les écoutants, offrant ainsi un matériel d'analyse inédit et précieux dans ce contexte. Beaucoup témoignent d'un sentiment élevé de peur dans la population générale, qui conduit parfois à des comportements extrêmes (dénonciations, violences). Cette fiche de collecte de données sur les appels est commune aux neufs pays africains du Consortium International des dispositifs de Relation d'Aide à Distance (CIRAD). En collaboration avec SIS-Réseau (France), six d'entre eux (Burkina Faso, Côte d'Ivoire, Niger, Bénin, Mali, Togo) bénéficient d'un projet financé par l'Initiative 5 % dont l'un des objectifs est de réaliser une étude sur les préoccupations et les représentations sociales sur Ebola. Pour y satisfaire, de nouveaux items sont intégrés à la fiche et les écoutants ont été briefés pour recueillir des témoignages. Un partenariat avec la Guinée est à l'étude. L'intervention présentera une synthèse des appels burkinabés reçus depuis août 2014 ainsi que les détails du projet d'étude sous-régionale sur les six pays.

L'anthropologie au service d'une stratégie de sensibilisation, d'éducation et de communication de crise au Togo

Seytre Bernard¹, Awesso Atiyihwè², Gnassingbé Afèignindou³

1. bnscommunication, Paris (France), 2. Université de Lomé (Togo), 3. Mission permanente du Togo à Genève (Suisse)

seytre@bnscom.fr

Dans un pays où aucun cas d'Ebola n'a été recensé, il ne suffit pas de fournir de bonnes informations pour que la population les accepte et suive les recommandations, mais il faut adapter les messages, éduquer en plus de communiquer, déterminer les meilleurs vecteurs pour atteindre la population. Pour préparer des messages de prévention optimaux et éviter les réactions négatives, nous avons mené une enquête anthropologique qualitative afin d'évaluer la *health literacy* de la population concernant les maladies infectieuses et Ebola, préciser les représentations d'Ebola et les acteurs sociaux les plus efficaces car crédibles pour la sensibilisation. Nous avons mené 52 focus groups et 75 entretiens individuels, et observé les comportements dans des milieux socioculturels divers sur tout le pays. Les résultats montrent que les messages sur Ebola ont largement touché la population, mais d'une part qu'elle n'en a souvent compris ou retenu que certains aspects, et d'autre part que cela n'empêche pas que persistent les croyances et rumeurs. Le message qui semble avoir été le mieux retenu est l'interdiction de la chasse, qui ne joue pourtant aucun rôle pour enrayer une épidémie. Les résultats indiquent un niveau de peur élevé, avec un manque de discernement entre une menace immédiate ou potentielle (pas de cas dans le pays). Les agents de santé et les enseignants sont considérés comme les plus crédibles, avant les leaders traditionnels, et pourraient donc être mobilisés dans la sensibilisation et l'éducation. Sur la base des résultats de cette enquête approfondie sur les représentations et pratiques socioculturelles sur tout le pays, nous proposons une distinction entre une stratégie de sensibilisation et d'éducation « de fond » (en l'absence de cas) et une communication de crise incitant à adopter des mesures de prévention. Nous préparons des outils de sensibilisation et d'éducation ainsi qu'un plan de diffusion s'appuyant sur les résultats de l'enquête.

Campagne d'information et de sensibilisation des populations sur la Maladie à Virus Ebola au Mali

Sall Traoré Mariam¹, Mahamadou Traoré¹, Zibada Cissé¹, Fatou Kouyaté¹, Souleymane Haidara², Mamadou Souncalo Traoré¹

1. Institut National de Recherche en Santé Publique (INRSP), Bamako (Mali), 2. Centre Opérationnel d'Urgence (COU), Bamako (Mali)

sallmaritraore@yahoo.fr

Depuis la déclaration de l'épidémie de maladie à virus Ebola au mois de mars 2014 par les autorités de la Guinée, la communauté internationale en général et le Mali en particulier se sont mobilisés pour son contrôle et son endiguement. La large diffusion de l'information et l'exploitation des dispositifs (messages, affiches publicitaires, spots et sketches) aux populations peut nous épargner de cette maladie qualifiée d'épidémie la plus grave, la plus importante et la plus sévère des quatre dernières décennies. Le Mali a mis en place, depuis le déclenchement de l'épidémie, un Centre Opérationnel d'Urgence (COU) de lutte contre la maladie à virus Ebola. Les acteurs de la communication scientifique (journalistes scientifiques, communicateurs, documentalistes, responsables des médiathèques, anthropologues, psychologues animateurs, sociologues et informaticiens) ont été impliqués dans la mise en œuvre du plan de riposte. Malgré les campagnes de sensibilisation sur la maladie à virus Ebola et l'existence de cas confirmés, une majorité de la population reste toujours réticente à la véracité de l'existence de la maladie au Mali. Les objectifs du plan de communication sont : faire connaître la maladie, ses signes, son mode de transmission ; Informer et sensibiliser la population à la pratique des mesures d'hygiène recommandées par les personnels sanitaires ; permettre aux leaders d'informer pour éviter les réticences, voire les résistances ; solliciter les pairs, dont la collaboration est recherchée pour l'influence de proximité et de réciprocité à travers les réseaux sociaux et les grins ; proposer des leaders religieux, associatifs, sportifs et culturels pour servir de vecteurs. Cette communication porte sur l'analyse des différentes stratégies qui ont été utilisées pour informer la population dans le cadre de la riposte à l'épidémie à virus Ebola au Mali, ainsi que sur l'implication des acteurs, du niveau national au niveau communautaire.

La communication sur le risque, un facteur clé dans la prévention contre l'épidémie de la maladie à virus Ebola au Mali

Diarra Tiéman, Ba Mame Khady, Niang Cheikh Ibrahima, Fall Ibrahima Socé

Organisation Mondiale de la Santé, Bamako (Mali)

mamxadi@yahoo.fr

L'épidémie de maladie à virus Ebola fut annoncée en mars 2014 en Guinée, puis a été déclarée au Mali le 23 octobre 2014. L'Organisation Mondiale de la Santé, en collaboration avec le Ministère de la santé, a coordonné la mise en place d'un plan de contingence. Des équipes pluridisciplinaires composées entre autres de socio-anthropologues ont été mises à contribution pour appuyer les activités de prévention, sensibilisation et mobilisation sociale. La démarche inductive, essentiellement qualitative, basée sur l'écoute des populations, a été largement privilégiée. Les observations in situ, interviews, focus-groups avec les communautés ainsi que l'analyse des corpus des messages d'information et de sensibilisation ont permis de trianguler les données collectées. Les résultats de cette recherche socio-anthropologique montrent que les communautés ont un niveau de

connaissance élevée des modes de transmission de la maladie grâce aux campagnes de mobilisation sociale et de communication de masse à travers les médias. Cependant, une stratégie de communication sur le risque visant à informer les communautés de manière compréhensible et transparente avant, pendant et après, une flambée épidémique demeure plus que jamais un facteur clé de changement de comportement pour inciter les populations à adopter strictement les mesures de prévention de la maladie. En réalité, telles que préconisées par les professionnels de santé, se basant sur une définition exclusivement biomédicale, certaines mesures de prévention s'opposent aux habitudes et pratiques socio-culturelles. En définitive, le décodage des messages de sensibilisation à partir des perceptions des communautés a permis de proposer une réponse sociale pour endiguer définitivement l'épidémie de maladie à virus Ebola au Mali.

Vécu de la surveillance communautaire par les soignants contacts au Sénégal

Sow Ndeye Khoudia¹, Ndaw Maguette¹, Badji Dioumel¹, Desclaux Alice^{1,2}

khoudiasow2@gmail.com

1. Centre Régional de Recherche et de Formation à la prise en charge de Fann, Dakar (Sénégal), 2. TransVIHMI, UMI 233 IRD / U 1175 INSERM, Dakar (Sénégal)

Le diagnostic d'un cas d'Ebola au Sénégal le 29/08/2014 a conduit à la surveillance à domicile de 74 personnes dont 40 agents de santé. L'objectif de cette présentation est de décrire et d'analyser l'expérience des soignants et leurs perceptions de la mesure. Une enquête a été menée dans le cadre du projet EBSN (Epidémie d'Ebola et production sociale de la confiance) auprès de 28 soignants ayant été en contact avec le malade dans l'une des deux structures de santé où il a été hospitalisé. Concernant l'expérience de la surveillance communautaire, les soignants ont d'abord été surpris de leur exposition au virus et de la décision de mise à l'écart dans leur famille, jugée brutale. Ils ont discuté les recommandations de prévention, jugées imprécises et peu adaptées au risque d'exposition perçu. Ils ont interprété certains symptômes comme signes d'apparition de la maladie, et pris des précautions pour protéger leurs proches, ce qui a généré diverses formes de souffrance. Ils n'ont pas précisé à l'entourage le niveau de contact avec le patient atteint d'Ebola pour éviter de les alarmer et prévenir des attitudes de rejet ou de stigmatisation. Concernant leurs perceptions de la mesure, la majorité des soignants ont contesté son efficacité et considèrent qu'elle "sacrifiait" leur entourage en l'exposant au risque de contamination en cas d'infection avérée. Ils ont critiqué les conditions de surveillance et jugé les mesures d'accompagnement insuffisantes. Les soignants, notamment ceux au statut précaire, ont regretté l'absence de compensations liées à la perte de leurs revenus. Toutefois, ils ont été rassurés par l'engagement des autorités sanitaires dans la gestion de l'épidémie Ebola, la solidarité et le soutien des collègues. En conclusion, les soignants ont une expérience et une perception spécifiques de l'assignation au domicile et des mesures de surveillance communautaire, qui devraient être capitalisées pour améliorer et adapter cette approche.

Des symptômes de la maladie à virus Ebola ou de la peur ? Apparition, interprétations et gestion des troubles des sujets contacts pendant la surveillance communautaire au Sénégal

Badji Mouhamed Ahmed¹, Ndione Albert Gautier², Desclaux Alice^{2,3}, Sow Ndeye Khoudia²

1. Département de sociologie, Ecole doctorale ETHOS, Université Cheikh Anta Diop de Dakar (Sénégal), 2. Centre Régional de recherche et de Formation à la prise en charge Clinique de Fann, Dakar (Sénégal), 3. TRANSVIHMI, UMI 233 IRD / U 1175 INSERM, Dakar (Sénégal)

badji.ahmed@gmail.com

Au Sénégal, 74 cas contacts ont été mis sous surveillance communautaire pendant les 21 jours qui ont suivi le diagnostic du premier cas le 29 août 2014. De nombreux cas contacts ont eu, pendant cette période, des troubles évoquant la MVE. Cette communication répond aux questions suivantes : comment ont-ils été vécus et interprétés ? Quelles logiques, croyances, attitudes ont été mobilisées ? Quelles pratiques ont été mises en œuvre afin de gérer les situations ? Notre communication propose de répondre à ces questions sur la base d'entretiens approfondis auprès de 57 adultes, dont

40 agents de santé, dans le cadre du projet EBSN (Epidémie d'Ebola et production sociale de la confiance au Sénégal). La surveillance communautaire a été vécue avec angoisse par les cas contacts, hantés par l'éventualité d'une contamination et par la possibilité de transmission à leurs proches, contraints de cacher des informations pour ne pas affoler leurs parents ou être sujets à la stigmatisation. Aussi, le moindre symptôme (hausse de température, diarrhées, saignements, céphalées) a été interprété et a généré de l'anxiété. Pour deux personnes, les symptômes ont conduit à une prise en charge qui sera décrite selon leur point de vue. Mais souvent, ces troubles rapportés semblent refléter une hyper-réactivité des personnes à des symptômes banals dans d'autres contextes. En conclusion, la distinction habituelle entre normal et pathologique a été bouleversée par le contexte d'angoisse, et des signes qui seraient autrement passés inaperçus ont été considérés comme le début d'une maladie à virus Ebola. Une meilleure communication avec les sujets contact devrait permettre de les informer sans les affoler.

Humaniser les soins dans l'épidémie d'Ebola ? Tensions entre gestions du care et du risque de transmission dans le suivi des sujets contacts au Sénégal

Desclaux Alice^{1,2}, Badji Dioumel², Ndione Albert Gautier², Sow Ndeye Khoudia²

1. TRANSVIHMI, UMI 233 IRD / U 1175 INSERM, Dakar (Sénégal), 2. Centre Régional de Recherche et de Formation à la prise en charge de Fann, Dakar (Sénégal)

alice.desclaux@ird.fr

La surveillance communautaire, basée sur le suivi bi-quotidien pendant 21 jours des sujets contacts tenus de rester à leur domicile, peu normée, fait l'objet de modalités diverses sur le terrain. La considérant comme différente d'une mise en quarantaine, les institutions internationales et nationales engagées lors de la flambée épidémique du Sénégal (septembre-octobre 2014) l'ont voulue davantage communautaire qu'autoritaire. Des agents d'hygiène et des bénévoles ont été chargés du suivi des 74 personnes contacts, doublement à risque : risque (au sens d'éventualité) d'avoir été contaminées, et le cas échéant risque (au sens de danger) de pouvoir elles-mêmes transmettre le virus. Comment ce double risque a-t-il été vécu par ces agents ? Une étude reposant sur des entretiens approfondis auprès de 29 agents de suivi, réalisée dans le cadre du Projet EBSN (Epidémie d'Ebola et production sociale de la confiance au Sénégal) a documenté ces aspects. Les résultats montrent que leurs perceptions du risque ont infléchi de diverses manières leurs relations avec les personnes suivies. En l'absence de modèles issus d'autres pathologies ou d'expérience de ces agents applicables à cette surveillance communautaire, les actes à visée sanitaire ont été inscrits dans des pratiques sociales. L'analyse confronte les pratiques à ce que l'OMS qualifie de *humanisation des soins*, une notion mise en avant à propos de l'épidémie d'Ebola. Elle montrera les modalités d'articulation entre logiques de *care* et de protection vis-à-vis du risque, sous l'influence des représentations locales et globales de la flambée épidémique. Elle contribuera aussi au débat en cours (Zylbermann, Keck...) sur le retour de mesures coercitives en santé publique autour des épidémies de virus émergents au début du 21^e siècle. Enfin, dans une perspective intéressant les acteurs de terrain, elle discutera si l'humanisation passe nécessairement par un relâchement du respect des normes de protection.

Premier cas d'Ebola à Dakar : les effets socioprofessionnels d'une mise sous surveillance communautaire à domicile

Badji Dioumel¹, Ndione Albert Gautier¹, Sow Ndeye Khoudia¹, Desclaux Alice^{1,2}

1.Centre Régional de Recherche et de Formation à la prise en charge de Fann, Dakar (Sénégal),
2.TRANSVIHMI, UMI 233 IRD / U 1175 INSERM, Dakar (Sénégal)

badji.dioumel@gmail.com

Au Sénégal, le dispositif de surveillance communautaire a été rapidement mis en place après la confirmation du premier cas d'Ebola, notamment pour les 34 personnes ayant cohabité avec le patient zéro. Cette mesure combine la surveillance bi-quotidienne de l'apparition de symptômes et le maintien des personnes contacts à domicile. Ce dispositif sanitaire a-t-il eu des effets défavorables pour ces dernières, notamment sur le plan socioprofessionnel et économique ? Quelles mesures d'accompagnement ont été établies ? Se sont-elles révélées efficaces ? Une enquête qualitative du Projet EBSEN (Epidémie d'Ebola et production sociale de la confiance au Sénégal), fut menée auprès des adultes contacts de l'unité résidentielle à partir d'entretiens (13) et d'observations à domicile, et ces résultats ont été comparés à ceux décrits dans d'autres contextes (SRAS). Les personnes qui exerçaient une activité professionnelle ont toutes un statut précaire (emplois informels). Les actifs, ne pouvant exercer leur emploi à domicile, ont perdu leur source de revenus pendant la surveillance et la plupart d'entre eux ne l'ont pas retrouvée. Ceci a perturbé les habitudes alimentaires et la gestion de la vie quotidienne, et remis en question des projets de vie. Certains ont été tentés de sortir pour se procurer des ressources. Les personnes suivies ont reçu un appui matériel mais tardivement, de façon inadaptée ou insuffisante, pendant et après la surveillance. Si l'application de la quarantaine a permis de contrôler les aspects sanitaires, les mesures d'accompagnement ont fait défaut pour gérer la réinsertion professionnelle et prévenir les tensions sociales dans l'unité résidentielle. En conclusion, un appui matériel suffisant pour les personnes ne pouvant *gagner leur vie* à domicile se révèle indispensable pour assurer la surveillance communautaire. Dans certains cas, il est nécessaire de le maintenir après 21 jours pour faciliter la réinsertion, en l'accompagnant de mesures de médiation avec les employeurs.

La réinsertion des contacts dans leur milieu de résidence ou leur milieu professionnel au Mali

Diarra Kounandji, Diarra Tieman, Sissoko Mamadou Fadiala, Fall Ibrahima Socé

Organisation Mondiale de la Santé, Bamako (Mali)

diarrakounandji@yahoo.fr

Malgré les efforts de prévention déployés, le Mali a enregistré son premier cas de maladie à virus Ebola le 23 octobre 2014. Au plan social, cette maladie se révèle terrifiante à cause des difficultés que les contacts ont subies à la fin de la période de suivi de 21 jours. Certains comportements de stigmatisation ont entraîné des difficultés de réinsertion dans le milieu de résidence ou dans le milieu professionnel ou familial. Certains ont été stigmatisés dans leur intimité et leur vie conjugale, ce qui a produit de véritables fractures sociales. L'étude s'est déroulée à Bamako et a concerné les personnes contacts de certaines familles, des travailleurs de certains services privés et ceux de l'Etat. Dans la communauté, l'information véhiculée sur Ebola a souvent suscité une panique générale, source de problèmes sociaux, alimentée aussi par des rumeurs. Presque toutes les personnes contacts étaient victimes de stigmatisation et en éprouvaient des effets psychologiques. La stigmatisation a touché leur communauté, les mosquées, les boutiques de leur zone de résidence, leurs lieux de travail comme les ateliers de couture et même leurs quartiers d'habitation. Une équipe de spécialistes a

contribué à la prise en charge psychosociale des personnes contacts en identifiant leurs problèmes pour la réinsertion dans leur milieu de résidence ou leur milieu professionnel. L'équipe a souvent eu recours à des personnes ressources comme des leaders communautaires et des chefs religieux. Les personnes contacts ayant vaincu la marginalisation et la stigmatisation souhaitent désormais prendre part à la riposte.

SESSION 5 6. COMMENT ADAPTER LA SENSIBILISATION AUX VULNERABILITÉS BIOSOCIALES ?

Communautés de base : marchés, grins, tontines de femmes dans la riposte à la Maladie à Virus Ebola au Mali

Maiga Jidata, Diarra Tieman, Keita Modibo, Sissoko Mamadou Fadiala, Fall Ibrahima Soce

Organisation Mondiale de la Santé, Bamako (Mali)

jidata.maiga@yahoo.fr

L'épidémie de maladie à virus Ebola (MVE) déclarée au Mali le 23 octobre 2014 a créé la peur et la panique au niveau de la population. Le Mali, pour éviter la propagation de la maladie, a créé le Centre Opérationnel d'Urgence (COU) pour coordonner la riposte. Sur un financement de l'Organisation Mondiale de la Santé, les espaces sociaux, marchés, grins, tontines de femmes, ont fait l'objet d'études. La collecte des informations a été faite à travers des entretiens individuels et des discussions. Dans le District de Bamako, certains quartiers comme Daoudabougou et Djicoroni Para ayant connu des cas confirmés de MVE ont été victimes de stigmatisation et ont suscité la peur. Bien que n'ayant pas connu de cas, des quartiers comme N'Tominkorobougou et Ouolofobougou n'ont pas été à l'abri de la panique à travers certaines informations. La peur de la maladie amène certains à stigmatiser les personnes affectées par la MVE, voire mêmes les quartiers, au point que certains marchés ont été abandonnés par les clients. Si certains croient en la maladie à virus Ebola, d'autres sont dans une situation de déni de cette maladie et y voient plutôt des motivations politiques ou économiques pour les autorités nationales. Les rumeurs ont aussi été des sources d'information en dépit des efforts faits par les autorités nationales pour informer toute la population dans tout le pays. Aussi les mesures de prévention comme les mesures d'hygiène sont perçues différemment par les uns et les autres quant à leur nécessité et efficacité. L'équipe de recherche, grâce aux méthodes qualitatives, a pu décrire les croyances et pratiques de la population face à l'épidémie. Pour mieux soutenir la riposte, il convient d'étendre cette étude dans les autres régions.

Catholiques et protestants dans la riposte à la maladie à virus Ebola au Mali

Coulibaly Moussa, Diarra Tieman, Bangambé Pascal, Diallo Karim, Fall Ibrahima Socé

Organisation Mondiale de la Santé, Bamako (Mali)

coulibalym90@yahoo.fr

La maladie à virus Ebola est une maladie contagieuse très dangereuse. Elle demeure un problème majeur de santé publique. Si tout le monde est exposé, les religieux le sont d'autant plus que dans certains cas, ils lavent et enterrent les corps. L'étude par entretiens a été réalisée avec des personnes ressources de certaines structures religieuses comme les églises, les paroisses, la cathédrale de Bamako, le siège de l'association des femmes protestantes du Mali. Selon les enquêtés, c'est l'ignorance de la cause du décès qui constitue un facteur d'exposition dans les pratiques funéraires, et ils estiment qu'il faut toujours consulter les professionnels de santé dans le contexte de la maladie à virus Ebola. Ils suggèrent la sensibilisation, la mobilisation, la pratique régulière des mesures d'hygiène tous les jours pour se protéger contre la maladie à virus Ebola. Les religieux ont joué un rôle contre la stigmatisation des personnes contacts et des familles affectées et ont contribué à la résolution d'autres problèmes auxquels les personnes contacts et les familles étaient confrontées au

sein de leur communauté, notamment avec les voisins. Les leaders religieux ont été impliqués dans la riposte et les textes saints de leur religion leur donnent des ressources pour informer, sensibiliser les fidèles et les membres de la communauté. Ils offrent le socle d'un argumentaire religieux sur plusieurs aspects. Les enquêtés ont fait des propositions en vue d'améliorer la lutte contre Ebola, incluant notamment l'équipement et la formation du personnel de santé, et l'implication des leaders religieux dans la sensibilisation de la population.

Les prestataires de soins traditionnels dans la prévention et la riposte à la Maladie à Virus Ebola au Mali

Giani Sergio^{1,2}, Diarra Tiéman², Keita Modibo², Traoré Korotoumou¹, Fall Ibrahima Socé²

1. Aide au Développement de la Médecine Traditionnelle, Bamako (Mali), 2. Organisation Mondiale de la Santé, Bamako (Mali)

aidemet@afribonemali.net

L'article présente les résultats d'études menées grâce à l'appui de l'OMS aux autorités du Mali par une contribution socio-anthropologique à la riposte à la Maladie à Virus Ebola. Il s'agit d'une revue bibliographique et de l'analyse partielle des données collectées lors de l'Atelier d'élaboration d'une stratégie d'implication des tradithérapeutes dans la lutte contre la Maladie à Virus Ebola (MVE), organisé par l'Alliance de la Société Civile à Bamako en décembre 2014. Des entretiens individuels ont aussi été réalisés à Bamako, à Sikasso et dans les zones frontalières avec la Guinée, de janvier à mars 2015. L'analyse des données collectées pendant l'Atelier a permis de constater que les tradithérapeutes de Bamako croient généralement en l'existence de la MVE, même si certains pensent qu'il ne s'agit pas d'une nouvelle maladie. Ils connaissent les principaux symptômes de la MVE et ils sont acquis aux mesures d'hygiène pour se protéger, notamment le lavage des mains, mais ils ont exprimé des doutes sur l'applicabilité de la prescription de ne plus se serrer les mains. Ils ont compris qu'il est possible de guérir de la MVE. Ils pensent que, même s'il n'existe pas actuellement de remèdes traditionnels contre la MVE, il serait possible d'en trouver. Ils sont prêts à s'engager dans la sensibilisation et l'animation contre la MVE. Les entretiens individuels ont montré que les tradithérapeutes ont conscience d'être en première ligne face à Ebola. Cependant, leur implication dans les activités de formation n'a été qu'occasionnelle. Leurs sources d'information ont été les radios et la télé. Dans les aires à risque, certains d'entre eux ont cherché les informations sur la MVE et se sont équipés pour se protéger, en maîtrisant ainsi la peur. Ils sont souvent engagés dans prévention et dans la lutte contre la stigmatisation.

Les familles au cœur de l'épidémie et de la riposte à la maladie à virus Ebola au Mali

Diarra Tiéman, Fall Ibrahima Socé

jaraceman@yahoo.fr

Organisation Mondiale de la Santé, Bamako (Mali)

Dans le cadre de la riposte à l'épidémie à virus Ebola au Mali, l'OMS a engagé en équipe de socio-anthropologues pour apporter un appui technique à la mise en œuvre des stratégies et des activités du plan national de riposte élaboré par le pays. Le plan de contingence redimensionné en plan de riposte à partir de la déclaration de l'épidémie au Mali le 23 octobre 2014, a des interventions majeures axées sur les familles d'où provenaient la plupart des personnes contacts, à l'exception de quelques-unes qui venaient des structures de santé en tant que professionnels, patients ou clients. L'étude par entretiens a porté sur toutes les familles affectées au Mali (à l'exception de celles de Kayes) et celles de la partie guinéenne du village de Kourémalé. L'implication des familles était indispensable bien qu'elles n'y aient pas été toujours préparées. Certains membres des familles avaient une attitude de déni de la réalité de la maladie, de résistance ou de réticence aux interventions de riposte, situation renforcée par la stigmatisation ou la marginalisation dont ils avaient été l'objet, même à la fin de la période de suivi. Les résultats montrent comment d'une attitude de réticence ou résistance aux activités mises en place dans le cadre de la riposte, les familles sont devenues la pièce maîtresse dans l'obtention des résultats en dépit du fait que l'épidémie a été sur le point de briser les liens de sang et d'alliance. Cette étude montre que les familles sont la clé du succès car elles sont au cœur de l'épidémie et de la riposte à la maladie à virus Ebola. Les familles doivent être une composante indispensable dans toute stratégie et intervention de lutte et de riposte.

Structures de santé et prestataires de soins dans la riposte à la maladie à virus Ebola au Mali

Diarra Tiéman, Keita Modibo, Giani Sergio, Sissoko Mamadou Fadiala, Fall Ibrahim Socé

Organisation Mondiale de la Santé, Bamako (Mali)

jaraceman@yahoo.fr

Dans le cadre de l'appui à la riposte à la maladie à virus Ebola (MVE) au Mali, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a réalisé une étude pour l'appui aux autorités maliennes et particulièrement au Centre Opérationnel d'Urgence sur le thème : « Structures de Santé et Prestataires de Soins dans la riposte à la Maladie à Virus Ebola au Mali ». L'objectif général était de renforcer les capacités des structures de santé et des prestataires de soins à faire face à l'épidémie. Il s'agissait spécifiquement d'analyser les conditions de vulnérabilité, les facteurs d'exposition des prestataires de soins, leurs expériences en rapport avec l'épidémie et les facteurs psychosociaux. Les méthodes qualitatives des sciences sociales ont été utilisées : entretiens individuels, discussions en groupes focaux (focus groups) et observation. L'étude a concerné certaines formations sanitaires publiques et privées de Bamako, Kangaba, Siby, Naréna et Kourémalé. Aux termes des analyses il ressort que la plupart des interviewés avaient vécu l'épidémie. Dès l'apparition du premier cas chaque structure avait pris des dispositions. Selon certains enquêtés l'importation de cas au Mali est due à la négligence de l'Etat, et à la méconnaissance de la MVE par les populations et le personnel de santé ; le manque de formation et le manque de matériels exposaient le personnel de santé. Les problèmes d'organisation et de leadership rendaient difficile la prise en charge de la maladie. Les enquêtés souhaitent que l'on réévalue le système de santé au Mali, multiplie les sessions de formation, dote les structures de santé en matériels adéquats, rende le dépistage disponible au niveau des cordons sanitaires, informe et sensibilise les populations. Si une plus grande partie des populations et du personnel de santé connaissaient la MVE, ses modes de transmission et sa prévention, le Mali serait à l'abri de cette épidémie.

L'évènement Ebola : Investissement de forme et preparedness en santé publique

Lois Bastide

Département de Sociologie, Université de Genève (Suisse)

wamsaya@gmail.com

Depuis les années 1990, la *preparedness* s'est développée comme modèle organisationnel de réponse aux maladies émergentes. Des institutions, des lois, des normes, des cadres cognitifs et des procédures d'action et de coordination ont été constitués, mettant en place un dispositif complexe censé permettre d'identifier et surveiller des pathogènes émergents ou ré-émergents et se déclencher en cas de menace immédiate. Cet appareillage peut être conceptualisé dans les termes d'un *investissement de forme* consenti pour stabiliser dans le temps et étendre la validité de ses modèles d'action (Thévenot 1985), avec une vocation universelle exprimée dans le rapport intime de la *preparedness* en santé publique et des programmes de Santé Globale. Ebola montre les limites de cette approche : sur des terrains peu équipés (systèmes de santé public limités, fragilités institutionnelles), cette stabilité se paye au prix de la réactivité. Plus fondamentalement, il apparaît que la *preparedness* repose sur un présupposé fondamental : qu'elle a affaire à des populations déjà

subjectivées dans les discours de la santé publique et naturellement enclines à obéir à ses injonctions. En m'appuyant sur une recherche en cours parmi les acteurs de la réponse à Genève (OMS, MSF, autorités locales de santé publique), je tenterai de montrer que cette crise permet de penser à nouveaux frais l'articulation de la *preparedness* à un discours spatialement et historiquement situé, et de reconsidérer ses conditions de félicité.

Le sentiment de préparation des soignants de "première ligne" dans les Etablissements de Santé de Référence (ESR) français

Tarantini Clément

SESSTIM, UMR912 INSERM, Aix Marseille Université, IRD, Marseille (France), ORS PACA, Marseille (France)

Clement.Tarantini@gmail.com

En France, des Etablissements de Santé de Référence (ESR) ont été désignés pour accueillir les patients contaminés par la Maladie au Virus Ebola (MVE) ou suspectés de l'être. Dans ces ESR, deux types de services sont mobilisés pour le traitement des malades : ceux spécialisés en maladies infectieuses et les services de réanimation. Les soignants appartenant à ces unités ont donc été formés afin d'intervenir dans les meilleures conditions et de réduire au mieux les risques de contamination entre le patient et le personnel. Dans cette communication, je propose de traiter du sentiment de préparation de ces soignants de "première ligne" en France. En effet, peu d'études laissent place à leurs discours. Pourtant, plusieurs centaines de soignants ont déjà été infectés par MVE en Afrique. Ces *infections associées aux soins* (IAS) révèlent notamment l'extrême contagiosité du virus et la difficulté à mettre en place des dispositifs de protection efficaces pour les agents de santé. Même si l'on ne dénombre que de très rares cas dans les pays du Nord (deux infirmières au Texas et une en Espagne), ceux-ci n'ont pas été épargnés. Comment les soignants vivent-ils ce risque de contamination ? Que pensent-ils des protocoles mis en place ? Se sentent-ils prêts à intervenir ? Pour répondre à ces questions nous avons interrogé, à l'aide d'un court questionnaire, une centaine de ces soignants, de corps professionnels différents, dans 5 des 9 ESR français. L'analyse de ces données révèle l'ambivalence des discours et les tensions à l'œuvre entre une certaine conception du devoir professionnel, les représentations du risque infectieux et la confiance accordée envers les dispositifs mis en place. Nous verrons également en quoi ces discours varient selon les professions et les types de services, et ce que révèlent ces divergences.

Mobilisation 2.0 des équipes cadres de district pour la lutte contre la Maladie à virus Ebola et d'autres défis émergents : un projet de recherche-action

Keugoung Basile¹, Dossou Jean-Paul², Kiendrébéogo Joel Arthur³, Ortuño Gutiérrez Nimer⁴, Delamou Alexandre⁵, Ade Nadège⁶, De Borman Nicholas⁷, Bertone Maria Paola⁸, Meessen Bruno⁹

1. Communauté de Pratique Prestation des Services de Santé (Cameroun), 2. Centre de Recherche en Reproduction Humaine et en Démographie, Cotonou (Bénin), 3. Centre Muraz, Bobo-Dioulasso (Burkina Faso), 4. Action Damien (Guinée), 5. Centre National de Formation et Recherche en Santé Rurale de Maferinyah (Guinée), 6. Communauté de Pratique Planning et Budgétisation des Systèmes de Santé, 7. Blue Square, Bruxelles (Belgique), 8. London School of Hygiene and Tropical Medicine (Grande-Bretagne), 9. Institut de Médecine Tropicale, Anvers (Belgique)

bkeugoung@itg.be

L'épidémie de maladie à virus Ebola (MVE) a mis en exergue la faiblesse des systèmes de santé et la faible capacité des systèmes locaux de santé à apporter une réponse adéquate aux problèmes sanitaires des populations. Le facteur humain joue un rôle essentiel. Des approches novatrices sont

indispensables pour renforcer la mobilisation des équipes cadres de district pour qu'elles mettent en œuvre des mesures préventives et curatives efficaces. Nous avons développé un projet de recherche-action qui sera financé par l'UNICEF et qui vise à étudier l'efficacité des stratégies de mobilisation des médecins chefs de district pour la préparation et la réponse à la MVE ainsi qu'à d'autres défis émergents. Ce modèle s'inspire également des stratégies de *lean start-up* du fait de la nécessité d'apprendre vite dans un contexte d'incertitude. Le projet comporte trois volets : la préparation, la mise en œuvre de la réponse et le partage d'expériences. Concernant le volet préparation, les médecins chefs rempliront un document électronique pour identifier leur niveau de préparation et corriger les écarts observés. Le volet 2 porte sur le partage d'expériences et de bonnes pratiques par les districts sur la gestion de l'épidémie et d'autres défis sanitaires et enfin le volet 3 concerne l'utilisation des médias sociaux comme outil de gestion des connaissances. Notre théorie du changement est basée sur le renforcement de la motivation intrinsèque et extrinsèque des équipes cadres de district pour la mise en œuvre optimale des interventions de santé. Le projet va débiter dans deux pays : la Guinée (Conakry) et le Bénin. En fonction des résultats, nous passerons à l'échelle. Au-delà de la MVE, cette approche non classique de gestion horizontale entre pairs des problèmes de santé renforcera le *stewardship* des équipes cadres de district pour la gestion des défis émergents dans les systèmes locaux de santé.

Ebola en Guinée : Dépasser la crise sanitaire, sociale et politique

Barry Alpha Amadou Bano, Condé Kéfing

Laboratoire d'Analyse socio-anthropologique de Guinée, Université de Sonfonia, Conakry (Guinée)

barybano@hotmail.com

La Guinée fait face, depuis 2013, à sa plus grande épreuve sanitaire avec l'épidémie d'Ebola. En dépit des appuis extérieurs, la campagne de lutte contre l'épidémie a été difficile avec les réticences des populations à recevoir, écouter et appliquer les mesures préconisées. Comment expliquer cette mise en doute par les populations, des décisions des autorités et du discours « scientifique » du personnel de santé afin de la dépasser ? Pour répondre à cette question, trois instruments de collecte ont été utilisés : la recherche documentaire, des entretiens individuels et collectifs avec 287 personnes (acteurs de terrain, leaders d'opinion et autres agents des services déconcentrés de l'Etat) et une enquête par questionnaires auprès de 1 500 personnes tirées parmi les populations des zones touchées par l'épidémie. On ne peut comprendre ces réticences qu'en regardant dans plusieurs directions. Outre les particularités cliniques d'Ebola, la nouveauté et la soudaineté ont favorisé les réticences. A l'ignorance s'est ajoutée la peur qui a généré des explications simples, superficielles, superstitieuses et son cortège de rumeur. Au lieu de dissiper cette ignorance, la communication avec des discours multiples, et parfois en contradiction avec le *bon sens paysan*, a brouillé la réceptivité des messages. De plus, l'épidémie Ebola a été gérée comme un problème essentiellement médical avec des structures de prise en charge (les centres de traitement du virus Ebola -CTE) difficilement acceptables par les populations. De plus, la riposte a été menée par *tout le monde* de façon dispersée avec du personnel administratif et politique *militant* venu là pour accéder à des ressources publiques. S'est greffée la politisation outrancière du pays faite de suspicion et de tribalisation avec comme conséquence la mise en doute de la parole de *l'autre* (médecin, décideur politique et même Occidental). Les possibilités d'adaptation de la riposte et du système de soins seront discutées.

Limiter l'impact de la MVE sur la prise en charge du VIH : aspects sociaux clés

Backory Joy¹

ONUSIDA, Bureau régional Afrique de l'ouest et du centre, Dakar (Sénégal)

BackoryJ@unaids.org

Résumé en attente.

Ecole face à Ebola : Vécu et retour des élèves contacts dans le milieu scolaire au Mali

Sissoko Mamadou Fadiala, Diarra Tiéman, Fall Ibrahima Socé, Maiga Jidata, Diallo Karim

Organisation Mondiale de la Santé, Bamako (Mali)

mfsissoko2@hotmail.com

L'apparition de la maladie à virus Ebola (MVE) a créé une « psychose » généralisée. Les milieux sociaux, dont l'école, ont été fortement ébranlés. Pour éviter la propagation de la maladie, certains pays ont opté pour la fermeture des écoles, d'autres se sont limités au maintien à la maison et sous surveillance médicale des enfants affectés par la MVE. Pour le cas du Mali, c'est la seconde option qui

a été observée. Dans le District de Bamako et dans la commune rurale de Kalabancoro, la plupart des élèves issus de familles affectées par la MVE ont été maintenus à la maison, privés de loisirs et de cours pendant 21 jours. Le vécu de ces élèves pendant la période de suivi, leur retour à l'école, les difficultés dans les cours, constituent l'essentiel de cette présentation, qui aborde aussi l'opinion des responsables scolaires sur l'épidémie. La collecte des données a été faite par entretiens individuels avec les élèves concernés. L'état psychologique des enfants victimes de la MVE (essentiellement personnes contacts) dans ces deux localités est assez mitigé. Certains ont été réellement des victimes de l'épidémie de la MVE : ils ont perdu les cours à l'école et les jeux dans le quartier du fait de la stigmatisation. Par contre, d'autres n'ont pas connu de problème : ils ont pu se mettre à jour dans les cours et sont restés en bon terme avec leurs camarades. La *sous-commission prise en charge psychologique* du COU (Centre des Opérations d'Urgence) n'est pas demeurée en marge de la situation. Son intervention auprès des familles et des autorités scolaires concernées a permis une résolution partielle du problème, avec le retour des enfants à l'école. L'implication de l'institution scolaire dans la lutte contre la MVE est une nécessité dans la riposte à l'épidémie.

Evaluation rapide des besoins des enfants affectés par Ebola et développement de la réponse de protection de l'enfant à cette crise inédite

Dubois Julie

UNICEF Guinée, Conakry (Guinée)

jdubois@unicef.org

La communication proposée, qui se veut très empirique, a pour objet de comprendre le mécanisme d'évaluation qui a été mis en place pour identifier les besoins spécifiques des enfants affectés par une crise inédite (maladie à virus Ebola -MVE) et qui a servi de base à l'intervention de la protection de l'enfant en Guinée. En effet, l'épidémie est survenue dans un contexte socioéconomique déjà fragile et a entraîné l'aggravation des conditions de vie des populations qui vivaient déjà dans une situation précaire, notamment celle des enfants. Face à cette situation, le Ministère de l'Action Sociale, de la Promotion Féminine et de l'Enfance (MASPFE) a réalisé, avec l'appui technique et financier de l'UNICEF, un *mapping* (ou évaluation rapide) des besoins psychosociaux des enfants affectés par Ebola dans 10 préfectures affectées et la capitale du 16 au 24 août 2014. Cette évaluation des besoins des enfants et des ménages a permis d'établir une situation de départ pour déterminer les besoins en matière de protection des enfants dans le contexte inédit de la MVE et ses conséquences. Le nombre d'enfants affectés directement (y compris le nombre d'orphelins) et indirectement a été estimé. Ces enfants, en particulier ceux affectés directement, font face à des difficultés psychosociales, sont exposés à des risques ou des situations de séparation familiale, de stigmatisation et de rejet, de travail de l'enfant, de négligence, de déscolarisation et de pauvreté exacerbée. Ces premiers résultats ont servi de base au développement de la stratégie nationale de la réponse de protection de l'enfant et le 15 avril 2015, 5457 orphelins d'Ebola ont été identifiés et ont reçu un paquet minimum de services et 73111 enfants affectés directement (vivant dans un ménage qui a connu au moins un cas d'Ebola) et indirectement (vivant dans un village où il y a eu au moins un cas) ont bénéficié d'un soutien psychosocial.

À l'écoute des paroles et des réactions hostiles de personnes et de populations : comprendre pour mieux expliquer et moins diriger

Mbow Fatou, Lankenau Robert, Kourouma Boubacar, Kaba Mohamed

Save the Children Guinea, Conakry (Guinée)

fatoumbow@gmail.com

L'ONG *Save the Children International* travaille dans la communication sur la maladie à virus Ebola (MVE) en Guinée depuis septembre 2014. Sur la base de revue de littérature et de discussions au sein du sous-groupe « contenu des messages » de la cellule communication de la coordination nationale, nous avons testé l'hypothèse qu'une communication directive avait été refusée par des populations méfiantes et demandeuses de preuves, d'explications, de respect, de la part des décideurs. Une maladie nouvelle pour la Guinée, avec relativement peu de chances de survie, pouvait-elle être acceptée sans expliquer ce qui pour l'instant est connu de la MVE et de sa réponse ? Au cours d'échanges explicatifs avec les populations les plus à risque d'infection à virus Ebola, le contenu technique de ces formations s'est peu à peu affiné. Parmi la trentaine de formations menées auxquelles ont assisté plusieurs centaines de personnes, aucune n'a donné lieu à des violences. Toutes se sont clôturées par des propositions de formations en cascades. La majorité des participants déploraient la superficialité de l'information reçue dans le cadre d'échanges antérieurs. Enfin, les dirigeants et partenaires de la coordination nationale ont été informés des aspects de la réponse à l'épidémie que les populations indiquaient à juste titre comme incohérents. La « réticence » des partenaires était aussi bien visible, dans certains cas. L'analphabétisme de certains, le niveau socio-économique des autres, les pratiques socio-culturelles des uns et des autres, ont souvent été mentionnés comme obstacles à l'adhésion de certains. Nous avons questionné cette hypothèse au vu de la pauvreté du contenu technique de la communication, ainsi que du retour des participants à nos formations. Notre présentation orale sera axée sur les questions techniques posées par les participants et les aspects de la réponse les plus fortement questionnés lors de ces formations, pour partage d'expériences et discussions.

Entre coercitif et compréhensif : une approche psycho-ethnographique des réponses à l'épidémie de 2014-2015

Epelboin Alain

Muséum national d'histoire naturelle, CNRS, Paris (France)

epelboin@mnhn.fr

L'analyse de diverses situations de réussite et d'échec de la prise en charge des malades, des défunts, des guéris, des familles affectées et des contacts, est à la base de notre approche. Ces analyses sont réalisées à diverses échelles, de la veille internet à l'observation psycho-ethnographique et participante sur divers *terrains* : réunions d'experts ; comités guinéens de coordination, de surveillance, de communication ; centres de traitement Ebola MSF et Croix Rouge ; accompagnement des personnels de première ligne ; très nombreux entretiens individuels en situation, au gré de rencontres impromptues (à Genève, Paris, Conakry, Gueckedou, Coyah, Forecariah, Matoto). Elles sont comparées aux données recueillies depuis les années 2000 au cours des épidémies précédentes de maladie à virus Ebola (MVE). L'analyse psycho-socio-anthropologique au cas par cas, quand elle

est ainsi fondée sur une connaissance approfondie et comparative, permet de résoudre des conflits en situation, de prévenir des crises ultérieures. Elle peut aussi s'appuyer sur des échanges, dans une dimension participative, avec par exemple la diffusion sur clé USB ou carte mémoire de documents multimédias de la base de données Ebola, ou la distribution "rituelle" de kits de lavage des mains. Cette ethnographie multi-située et participative, nourrie par des connaissances médicales solides, permet d'identifier les déterminants sociaux qui font obstacles aux réponses –par exemple en limitant la confiance accordée aux campagnes de communication, sur un fond sous-jacent d'idéologies conspirationnistes. Elle permet aussi d'identifier l'impact des nombreuses incertitudes scientifiques qui pèsent encore sur la maladie, par exemple à propos des catégories sociales les plus exposées. L'approche de l'anthropologue, ainsi articulée à celle de l'épidémiologiste, permet de comprendre les processus sociaux *derrière les chiffres*, en pratiquant une épidémiologie socio-culturelle dont les résultats sont nécessaires pour mieux orienter l'action.

Yasaba ou la peur d'être isolé et abandonné : une proposition de sensibilisation adaptée aux inquiétudes des Kissi

Manca Maria Cristina

Médecins Sans Frontières, Bruxelles (Belgique)

mariacristina.manca@tiscali.it

La maladie à virus Ebola (MVE) est une maladie de la solitude car le malade affronte seul la souffrance, souvent la mort, ses réseaux sociaux sont démantelés. La réciprocité entre les vivants et les morts, basée sur un échange équilibré où les vivants honorent les morts et les morts prennent soin des vivants, est perturbée. Dès lors, comment tenir compte de la culture et de la tradition dans la réponse à Ebola ? À travers une approche d'observation participante nous avons écouté les préoccupations de la population. À partir de cela nous avons cherché des réponses avec des langues (modalités linguistiques) et des langages (modalités culturelles) acceptables et compréhensibles par tous. Ensemble nous avons développé différentes réponses comme la transformation de l'espace d'isolation du centre de Prise en Charge (centre de traitement du virus Ebola -CTE) pour accueillir les visites des familles des patients, la réalisation d'un documentaire filmant la vie à l'intérieur du CTE, la composition d'une chanson expliquant la maladie et surtout la recherche constante de stratégies de remplacement des rituels interdits par Ebola. Par exemple, une prière a été composée afin d'accompagner les morts, et la possibilité de déposer des offrandes dans le sac mortuaire a été offerte, tout cela dans un souci d'accompagner le voyage du défunt. La sensibilisation, en ligne avec la recherche participative et l'approche dialogique, a engagé la population comme sujet actif de connaissances et de changements. Finalement, il ne s'agit pas tant de changer les comportements que d'adapter nos services à la culture afin de les rendre acceptables.

Communication lors de l'épidémie de maladie à virus Ebola avec des communautés révoltées en Guinée

Ngoundoung Anoko Julienne Saratou

Mission d'Urgence des Nations Unies pour la lutte contre Ebola, Conakry (Guinée)

juliennesanoko@hotmail.com

Cette présentation rapporte l'expérience réussie d'une communication basée sur l'écoute des doléances et la prise en considération des coutumes et de la culture des populations concernées durant la période de juin-juillet 2014, et concernant 26 villages oppositionnels en Guinée forestière.

L'investigation socio-anthropologique et la recherche-action en situation ont été les principales méthodologies, basées sur la recherche bibliographique, des observations, des entretiens formels et informels avec des personnes ressources, des leaders politiques originaires de la Guinée Forestière, des femmes, des jeunes et des personnes très âgées des deux sexes, des vendeurs ambulants, des restauratrices, des personnels locaux de la réponse... La présentation sera basée sur les résultats des rencontres avec des personnalités crédibles et influentes de Ouendé, Kenema, Guèdembou, Tekoulo, Kassadou, Nongoa, Koundou, Legobègou, Fangamadou, Tèmèssadou, Djigbo, Bolodou, Guéckedou.

Le CTE, c'est comme une forêt sacrée : dialectique du secret dans un centre de traitement Ebola en Guinée forestière

Roth Emmanuelle

School of Oriental and African Studies, Londres (Royaume-Uni)

emman.roth@gmail.com

Ma communication prend appui sur un travail ethnographique d'un mois au sein d'un centre de traitement Ebola (CTE) au sud-est de la Guinée, lors de l'introduction d'un essai clinique sur le traitement par Favipiravir. Je propose de questionner les concepts de *rumeur* et *stratégie de communication* en les replaçant dans une dialectique du secret, comme produit de la méfiance des ONG internationales et de la grammaire forestière de la dissimulation, dans une coproduction de la peur. Une étude de cas m'amènera à décrire depuis l'intérieur d'un CTE la naissance et la propagation d'une *rumeur* d'attaque du centre : le télescopage de différentes menaces, l'angoisse et l'excitation des travailleurs du centre, et leur mobilisation de réseaux familiaux pour enquêter sur la menace. En parallèle, je développerai la *stratégie de communication* mise en place par l'ONG pour éviter de perdre le contrôle sur l'information circulant à l'extérieur du CTE à l'arrivée du Favipiravir, qui a essentiellement consisté à décrire ce que les essais cliniques n'étaient pas (une expérimentation, un miracle,...) à un nombre restreint d'individus. Une forme de dialectique du secret émerge alors, où la relative confidentialité des essais alimente et est alimentée par le manque de confiance des employés locaux du CTE. Au moyen d'une approche par les affects, nous poserons les questions suivantes : quel rôle joue le secret dans la coproduction de la peur ? Qui craint qui au sein du CTE, et comment la peur affecte-t-elle la communication des acteurs entre eux ? La discussion sera ouverte en proposant un parallèle avec les dynamiques du secret dans les programmes de prise en charge du VIH/sida en Afrique de l'Ouest.

Dimensions of Ebola affectedness in communities. Towards an understanding of how Ebola affected rural Liberia

Feuchte Friederike

International Medical Corps, Monrovia (Liberia)

ffeuchte@internationalmedicalcorps.org

The Ebola virus disease (EVD) has not only killed many individuals, but it has affected the cultural and social immune system of communities. Helplessness, grief reactions, anger about norm violations, loss of social support, reduced sense of community, conflict and distance within the family, economic hardship are some of the obstacles that block the way towards recovery. Based on interviews in various communities in rural Liberia, follow-up interviews with former patients at our Ebola Treatment Units, and a case study of a community healing dialogue intervention in one specific hard hit community in Bong County, Liberia, we identify and systematize causes and symptoms of EVD affectedness.

La mise en camp de la Guinée

Le Marcis Frédéric

Ecole Normale Supérieure, Lyon (France)

frederic.lemarcis@ens-lyon.fr

Dès le début de la flambée de fièvre Ebola en Guinée, les « camps » (centres de traitement du virus Ebola -CTE) sont apparus comme une évidence. Ce « kit » produit par MSF à partir de son expérience s'est imposé pour gérer l'épidémie. Il s'est répandu au sein des différents acteurs (de MSF à la Croix Rouge, ALIMA, jusqu'aux services de santé guinéens). Il est cependant apparu comme une réalité non homogène. Le pic de l'épidémie étant à présent derrière nous, il est temps de réfléchir aux questions soulevées par les camps, largement gardées sous silence en raison du contexte d'urgence. A partir d'un terrain effectué pendant trois mois dans et autour du CTE MSF de Guéckédou (Guinée forestière), je voudrais interroger le succès (tant en termes épidémiologiques qu'en termes de production de méfiance entre la population et les acteurs de la *riposte*) et l'échec (en termes de soins) du modèle du camp. En interrogeant le camp, je veux interroger ses généalogies au sein et en dehors de l'histoire d'Ebola (camp comme état d'exception : à partir du camp de réfugiés jusqu'au camp de concentration) et montrer que la propagation du modèle et sa traduction ont à voir avec au moins trois facteurs. D'abord la temporalité de l'épidémie (installation d'abord dans les centres-villes puis aux abords des villes), ensuite la culture institutionnelle de l'organisation réceptrice du camp, enfin le contexte local d'inscription. Nous répondrons ensuite aux questions suivantes : Quels sont les produits du camp ? Qu'est-ce qu'il crée ? Je prêterai notamment attention aux communautés qu'il forme (travailleurs de la santé, sortis-guérés, morts). Je terminerai en soulignant la nature déshumanisante du camp, ce qui m'amènera à le décrire comme une machine dévorante.

The Questionable Science of Community-Based Response and Social Mobilization

Sharon Abramowitz

University of Florida (Etats-Unis)

sabramowitz@ufl.edu

Since the onset of the West African Ebola Outbreak in 2014, the terms “community-based response” and “social mobilization” have functioned as a kind of bogeyman for explaining why things are going well or poorly in the response. As applied and academic anthropologists and anthropology networks have been working to insert themselves into the *community-based response* problem through research, it has become clear that positioning *the community* and the *social* as effects rather than as the primary conditions for social and public health action has not been a helpful epistemological approach. In this paper I review how the current research on *social mobilization* and *community-based response* has interacted with the current Ebola outbreak. Drawing upon three sources: (1) an ongoing systematic review on community-based response to epidemics and pandemics (Prospero registration #CRD42015017941) that builds a model for understanding the meaning of community-based response; (2) a recently published research on community-based responses in Liberia (Abramowitz et al. 2015) at the height of the Monrovia outbreak in Fall 2014; and (3) the briefs developed by Emergency Ebola Anthropology Network and issued by the Network and UNMEER, this paper will challenge EboDakar participants to consider how social scientists can reposition *the social* as a primary condition for understanding the spread and management of Ebola in communities, rather than as an effect of humanitarian response.

Résurgence de théories du complot en contexte Ebola : essai d'anthropologie axé sur l'analyse de la rumeur

Daleb Abdoulaye Alfa^{1,2}, Egrot Marc³, Mahame Stéphanie, Aïké Mariette^{1,2}, Houngnihin Roch², Akindes Francis, Kra Walter

1. MIVEGEC, IRD, Cotonou (Bénin), 2. Département de Sociologie-Anthropologie, Université d'Abomey-Calavi (Bénin), 3. UMI MIVEGEC, IRD, Montpellier (France)

dalebalfa@yahoo.fr

Le 13 octobre 2014, l'équipe du programme EbBen identifiait sur *WhatsApp* une information envoyée par un étudiant résidant au Ghana. Le message contenait une image ayant pour titre : « The Ebola virus is a United States biological weapon ». Au-dessus du titre, se trouve l'entête d'un brevet déposé par les CDC d'Atlanta en 2007 à propos de la souche Bundibugyo du virus Ebola, visant à déterminer la composition en protéines immunogènes en vue de l'élaboration possible d'un vaccin. La suite du document explique que le virus n'est pas originaire d'Afrique mais fabriqué par des médecins américains, et que le gouvernement américain contrôlé par les juifs veut utiliser le vaccin pour infecter les Libériens, etc. Une recherche rapide sur Internet, montre que cette rumeur de l'arme biologique américaine est retrouvée dans un article de presse de la Pravda du 11 août 2014 puis sur le site web d'information Inquisitr en décembre 2014 qui relate l'accusation de la Corée du Nord à l'égard des Etats Unis présentés comme les créateurs du virus Ebola pour en faire une arme biologique. Le 13 octobre 2014, la star internationale du rap Chris Brown a relayé la rumeur sur son compte Twitter : « Je ne sais pas... Mais je pense que l'épidémie d'Ebola est une forme de contrôle de la population ». Bref, les théories du complot autour d'Ebola foisonnent sur Internet rappelant ainsi les importants défis communicationnels que pose le virus. La communication proposera une analyse anthropologique de ces rumeurs qui alimentent les théories du complot sur Ebola. La réflexion portera sur la résurgence de ces théories du complot avec un accent sur leur historicité et leur contextualisation.

Ebola en Guinée, l'expérience d'une crise sociale : Des régimes de doute et des réticences à des actions d'autosensibilisation informelle communautaire

Fribault Mathieu

INSUCO (Bureau d'étude international en ingénierie sociale), Conakry (Guinée)

matfribou@yahoo.fr

Dans le cadre d'un financement de l'Union Européenne pour améliorer la formalisation de la communication et de la sensibilisation pour la lutte contre le virus Ebola, trois zones de Guinée qui présentent des contextes différents en lien avec la maladie à virus Ebola (MVE) ont fait l'objet d'études de terrain. Les principales observations portent sur l'existence d'une crise sociale de confiance généralisée avec, au-delà des réticences, des démonstrations *informelles* de sensibilisation et prévention de la part des communautés. Au niveau de la *crise de confiance généralisée* qui se manifeste dans les moments épidémiques intenses et peut perdurer, on retrouve les problématiques devenues classiques de défaut dans la communication (messages exogènes véhiculés par des inconnus, trop directs et scientifiques, non accordés, et jugés contradictoires par les communautés) et de l'excès de technicité de la prise en charge. Au-delà des blocages culturels, ces deux modalités

d'intervention sont expérimentées par les populations comme des actes violents qui rappellent des actions visant à détruire les traditions *fétichistes*, c'est à dire différentes politiques de démystification vécues par les populations durant plusieurs siècles d'histoire, ainsi que comme une atteinte à l'honneur. Un imaginaire sans frein se développe sur les thèmes de la richesse, du pouvoir et de l'occultisme, associé à un retrait des autorités traditionnelles et une prise en main de la situation par les jeunes, observations habituellement faites lors des crises conflictuelles et qui font sens avec les discours disant qu'« Ebola c'est la guerre ». Le même schéma se répète partout : les premiers cas qui favorisent des régimes de doute, l'amplification des réticences, puis l'évolution vers un effet de sensibilisation qui résulte de la confrontation aux séries de morts inexplicables. S'ensuit alors un apaisement de la crise et des imaginaires, sans que l'on puisse dire si celui-ci correspond à une sensibilisation acquise. Suite à ces observations, un dispositif opérationnel a été proposé : il intègre l'aspect social de la crise en préconisant une approche compréhensive, basée sur la médiation et l'autosensibilisation.

« Déterrer les questions et replanter la réponse », une rétro-ethnographie des premiers instants d'Ebola en Guinée forestière

Gavelle Julien

CASOA, Chercheurs Associés en Sociologie et Anthropologie (Mali)

gavelle@gmail.com

En m'appuyant sur des entretiens croisés, des conversations, des photos et des vidéos prises et enregistrées par des locaux, j'exposerai une rétro-ethnographie de quelques étapes significatives de l'arrivée puis de la propagation de la maladie à virus Ebola (MVE) dans le village de Miliandu et dans les zones adjacentes. Des phases de sidération sur les morts suspectes, les spéculations sur l'origine de ces dernières puis les mesures locales pour circonvenir le malheur seront abordées. J'isolerais tout particulièrement l'instant rituel qui visait à déterminer et neutraliser une morbidité alors inédite tout autant qu'à stimuler la réparation d'un ensemble relationnel mis en péril par les phénomènes d'accusation et au pointage ambivalent. Cette séquence peut être appréhendée comme la première réponse à la version ouest-africaine de l'épidémie. Elle a l'intérêt d'exemplifier à la fois les logiques réparatrices liées à l'évènement lui-même -de fait antérieures par exemple aux implémentations anthropologiques sur la réparation funéraire- et d'évoquer les interrogations plus structurelles propres à cette société. Aboutissant à la plantation rituelle d'un arbre fruitier qui condense tout autant les abouties que les ouvertures de l'évènement, j'ouvrirai *in fine* sur la fabrique de la mémoire locale de ce village surexposé tant à l'épidémie qu'aux positionnements médiatico-humanitaires.

Résultats principaux d'une enquête ethnomédicale, effectuée en 2012 à Isiro, RDC

Prinz Armin

Unit Ethnomedicine and international Health, Department of Public Health, Medical University of Vienna (Autriche)

armin.prinz@meduniwien.ac.at

Pendant la dernière épidémie d'Ebola à Isiro au nord-est de la RDC en 2012, j'étais mandaté par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) pour explorer l'environnement socio-culturel de la maladie. Il fallait mettre un accent particulier sur les causes du comportement agressif de la population envers les agents médicaux nationaux et internationaux. En 2004, à l'Institut Pasteur de Paris, lors de mon exposé *Ebola in Yambio 2004. The Ethnomedical Background* présenté dans le

cadre du *Workshop Viral Haemorrhagic Fevers*, j'avais déjà signalé avec insistance que sans connaissances minimales des conditions sociales et culturelles des populations infectées, les agents médicaux ne pourraient jamais réussir une bonne collaboration avec eux. Des connaissances sur les rituels authentiques autour du processus de mourir ainsi que sur la conception de la mort, sur les perceptions locales de la sorcellerie et de la magie, sur le culte des ancêtres, etc. sont une condition indispensable pour aboutir à un succès durable. De plus, il faudrait inclure des réflexions pour minimiser les conséquences sociales au sein de la population comme par exemple l'exclusion des malades survivants, le dysfonctionnement des activités communales, la famine imminente, etc. Hélas, les équipes de secours répètent souvent les mêmes erreurs en négligeant les aspects mentionnés ci-dessus lors de leur intervention au début d'une épidémie. Certes, nous avons besoin d'experts avec une excellente formation médicale pour combattre ce fléau. Mais en même temps il est indispensable de faire intervenir également dès le début des expertes et des experts en anthropologie médicale qui connaissent les habitants avec leurs particularités socio-culturelles et qui sont capables d'accompagner et de mettre en avant les mesures de secours.

De la Guinée au Sénégal : un patient, un itinéraire, mille commentaires

Ndione Albert Gautier^{1,2}, Desclaux Alice^{1,2}, Sow Khoudia²

1. TransVIHMI, UMI 233 IRD / U 1175 INSERM, Dakar (Sénégal), 2. Centre Régional de Recherche et de Formation de Fann, Dakar (Sénégal)

ndionealbert86@gmail.com

Le Sénégal a connu une flambée épidémique à la suite du diagnostic de maladie à virus Ebola (MVE) chez un Guinéen hospitalisé à Dakar. Compassion envers un malade ou critique d'un coupable d'avoir introduit la maladie : entre ces deux invariants culturels en situation d'épidémie, comment la population sénégalaise et les médias ont-ils considéré ce malade ? Cette communication décrit et analyse l'itinéraire du patient et les interprétations qui en ont découlé. Les données ont été recueillies dans le cadre du projet EBSSEN (Epidémie d'Ebola et production sociale de la confiance au Sénégal) auprès de soignants, du personnel d'appui technique des services de soins (vigiles, techniciens de surface), du patient zéro, et à partir de la veille internet sur les articles de presse et leurs commentaires. L'analyse des réactions sociales envers le patient zéro montre une tendance assez générale, qui a évolué en trois phases : dans un premier temps, un ressentiment conjugué à l'accusation d'avoir introduit le virus, pouvant aller jusqu'à des manifestations de violence ; pendant son hospitalisation, une diversification des opinions, les soignants étant touchés par sa situation et faisant preuve d'empathie ; à sa guérison et son retour en Guinée, une mansuétude combinée au soulagement général produit par l'absence de transmission secondaire. Cette évolution favorable n'a pas remis en question la suspicion que le patient ait caché aux soignants son exposition au risque d'Ebola, largement partagée. La communication montrera comment des événements intercurrents ou des prises de position d'acteurs publics ont renforcé ces interprétations. Ceci révèle la dynamique des interprétations sociales et soulève la question du rôle des médias dans l'amplification de la stigmatisation envers les victimes de la MVE.

Journaux, journalistes et Ebola au Cameroun. Une étude des registres discursifs

Atenga Thomas

Université de Douala (Cameroun)

thomas.atenga@gmail.com

Le Cameroun partage près de 1700 km de frontière terrestre avec le Nigéria qui, d'après l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), a connu 20 cas de contaminations de maladie à Virus Ebola (MVE), dont huit mortels. En partant de l'analyse du discours à la fois comme théorie et méthode, la présente recherche poursuit deux objectifs : étudier les genres, les formes et les registres, à partir desquels cette maladie et le plan de riposte du gouvernement ont été mis en discours par la presse quotidienne du Cameroun pendant la période de flambée de l'épidémie, bien que le pays n'ait pas officiellement enregistré de cas de contamination. Il s'agit de voir comment cette fièvre a été mise en mots par les journaux pour informer et sensibiliser les populations. Au-delà des figures narratives, une attention particulière est ensuite portée aux trajectoires professionnelles des journalistes ayant écrit sur cette maladie pour voir s'ils étaient formés pour traiter de telles questions. En arrière-fond des trajectoires professionnelles, c'est l'actualité de la problématique du journalisme scientifique au Cameroun et en Afrique qui est ici posée. Le journalisme scientifique est entendu au sens de Peters (2012), c'est-à-dire un ensemble de savoir-faire et dire qui contribue à sa

manière à construire une expertise appuyée sur diverses sources de connaissances et participe à la résolution de problèmes dans la société en favorisant l'usage des connaissances scientifiques dans la gouvernance ainsi qu'une forme de rétroaction du public sur le monde scientifique. Le corpus est composé des principaux quotidiens camerounais, à savoir Cameroon-Tribune, Le Jour, Le Messenger, Mutations, La Nouvelle Expression. L'analyse des registres discursifs sera complétée par des entretiens avec les journalistes ayant écrit sur l'épidémie afin de saisir les imaginaires et représentations qui étaient au cœur de leurs récits.

Lecture anthropologique de quatorze mois de revue de presse au Bénin sur la maladie à virus Ebola

Egrot Marc¹, Hounghinin Roch², Abdoulaye Alfa Daleb^{1,2}, Aïkpé Mariette¹

1. MIVEGEC, IRD, Cotonou (Bénin), 2. Département de Sociologie-Anthropologie, Université d'Abomey-Calavi (Bénin)

marc.egrot@ird.fr

Le Bénin, frontalier avec le Nigéria qui fut pays épidémique avec 20 cas de maladie à virus Ebola (MVE) en 2014, a vécu plusieurs annonces de cas suspects et une poussée de fièvre de Lassa au Nord du pays fin 2014. Il vit donc depuis des mois avec cette menace épidémique. En août 2014, un comité national de crise sanitaire de l'épidémie de la MVE a été créé par arrêté pour organiser la surveillance, les mesures de dépistage et de prise en charge d'éventuels cas suspects ou avérés. Néanmoins, la qualité de la mise en œuvre des stratégies de prévention et de lutte contre la MVE dépend de nombreux facteurs sociaux et culturels, en particulier des informations qui circulent dans la presse nationale. La présente contribution propose une analyse anthropologique de 14 mois de revue de presse au Bénin (mars 2014-mai 2015). Ce travail a été réalisé de manière systématique sur 10 quotidiens et deux hebdomadaires dans le cadre du programme de recherche en Sciences Sociales EbBen, actuellement en cours au Bénin. À la date du 16 février 2015, cette revue de presse comprend 358 articles sur la MVE. La démarche proposée permettra une analyse thématique des différents articles qui restituera ces écrits dans l'espace, le temps, mais aussi au sein du contexte dans lequel ils émergent, en lien notamment avec les événements en cours du moment et l'enchaînement chronologique de ces événements. Elle reposera également sur une analyse textuelle prenant en compte les contenus aussi bien explicites qu'implicites. La conclusion proposera une analyse du rôle des médias dans la construction collective des représentations sociales, mais aussi en retour, comme potentiel instrument d'amplification des informations circulant dans les espaces sociaux.

Ebola in Guinea: Localities of exception?

Schroven Anita

Institute Max Planck pour la recherche socio-anthropologique, XXX (Allemagne)

schroven@eth.mpg.de

The outbreak of Ebola virus disease (EVD) in Guinea has shown different patterns than in the neighbouring countries Sierra Leone and Liberia. From the perspective of the coastal prefecture of Forécariah, the paper will investigate local perceptions of the virus's spread across the region and on the relevance of preparedness, intervention, isolation and treatment. To understand the comparatively late rise of EVD cases in the prefecture, questions of rumours, resistance, (historic) mistrust and distance to the capital need to be analysed, just as experiences in government and military intervention as well as NGO exposure. In this context, the population's activities as well as

interpretations of local and national events and of the rise of new Ebola infections in early 2015 will be analysed.

La menace Ebola au Burkina Faso entre rumeurs et riposte nationale

Bila Blandine^{1,2}, Gouo Assita¹

1. IRSS/CNRST Centre National de la Recherche Scientifique et Technique, Ouagadougou (Burkina Faso), 2. TransVIHMI, UMI 233 IRD, U 1175 INSERM, Ouagadougou (Burkina Faso)

blandinebila@yahoo.fr

La flambée sans précédent de la maladie à virus Ebola (MVE) en Afrique de l'Ouest justifie l'engagement des pays africains dans la riposte. Cette étude documente le déploiement de la riposte dans un pays qui n'a pas encore connu de cas de MVE, essentiellement par une analyse de la presse. Les données proviennent d'une centaine de documents de presse et de quelques entretiens. Au Burkina Faso, une dizaine de cas suspects sont notifiés depuis août 2014, suivis de rumeurs. Le plan de riposte ne semble pas être déterminé par le calendrier des directives internationales ou sous-régionales :

- Mai-septembre 2014 : après la Guinée, la Sierra Léone et le Libéria enregistrent leurs premiers cas d'Ebola ; au Burkina, deux cas suspects engendrent la panique (en août, un burkinabè meurt à la frontière ghanéenne en manifestant des symptômes assimilés à ceux d'Ebola ; en septembre, décès d'un homme d'origine guinéenne vomissant du sang, dans une mosquée de Bobo-Dioulasso).
- Septembre-octobre 2014 : quatre autres cas sont notifiés et simultanément sont réalisées des formations des agents de santé et des tradipraticiens sur la prise en charge de la MVE, des transporteurs routiers, des journalistes, des grilleurs de viandes, avec la mobilisation des artistes.... La représentation de l'OMS au Burkina promet son soutien au pays dans la riposte à la MVE ; le Burkina poursuit et étend ses actions de sensibilisation, reporte des activités nationales et internationales : tour du Faso, Salon international de l'artisanat de Ouagadougou,...
- En novembre 2014 : la MVE touche le Mali ; trois autres cas suspects sont testés négatifs au Burkina ; on observe les sorties médiatiques des responsables sanitaires du pays, puis la médiatisation du lancement de la lutte contre la MVE le 8 décembre 2014, la médiatisation des dispositifs aux frontières terrestres en plus des aéroports,....

Cette analyse montre que la mise en place des mesures du plan de riposte a été concomitante à la survenue de cas et aux réactions sociales, et questionne le rôle de la peur sociale dans le processus de la riposte (*preparedness*).

La gestion d'une épidémie absente au Niger ou Ebola entre défiance(s) et routine(s)

Caremel Jean-François^{1,2}

1. Centre de recherche Médecine, Sciences, Santé, Santé mentale, Société, Paris (France), 2. LASDEL, Niamey (Niger)

caremeljf@gmail.com

Cette intervention s'intéresse aux spécificités de l'absence-présence d'Ebola dans les pays hors de l'épicentre de l'épidémie en se concentrant, depuis le Niger et via une analyse des discours et des récits des acteurs de la réponse internationale (ONG, Ambassades, Agences des Nations Unies), sur les modes de gestion de cette situation d'exception. Le propos se focalise sur l'apparente contradiction entre la défiance des acteurs internationaux dans la capacité de l'Etat à gérer des situations d'exception et les logiques de mise en ordre et de réponse par les routines de l'aide. La première partie analyse les discours sur la construction du risque par les acteurs internationaux notamment autour des schémas traditionnels de l'épidémie (*virus-hygiène, résistance culturelle* des populations, mobilité des populations, défaillance des systèmes de santé) et de la morale humanitaire (migrants, réfugiés...). Ces entrées renvoient, *in fine*, à une lecture d'Ebola par les (dis)fonctionnements de l'Etat, renforcent la défiance des acteurs internationaux et l'idée de leur légitimité. Dans un second temps sont analysées trois situations idéales-typiques : la division habituelle du travail d'urgence (notamment MSF-OMS-UNICEF-UE/ECHO), la typologie des mesures et leur interprétation, les logiques de mobilisation de fonds (et les contraintes de décaissement). Celles-ci illustrent l'inscription d'Ebola dans les routines de l'aide et éclairent la non-exceptionnalité de la réponse. En conclusion est souligné le caractère d'anticipation auto-réalisatrice de cette grille de lecture centrée sur la défiance et la routine, sa proximité avec les grilles d'analyse de l'anthropologie de l'aide, qui s'appliquent de manière fort adaptée aux situations d'épidémie, y compris Ebola. Au final, la préparation effective de la réponse à Ebola au Niger a essentiellement résidé, par-delà les clivages institutionnels, dans la qualité de relations interindividuelles. Ces dynamiques soulignent que les transformations de l'aide aux systèmes de santé en Afrique attendues après Ebola restent largement illusoire.

Financements des recherches en sciences sociales sur l'épidémie à virus Ebola, « se hâter lentement »

Taverne Bernard^{1,2}

1. TransVIHMI, UMI 233 IRD / U 1175 INSERM, Montpellier (France), 2. Centre Norbert Elias (France)

bernard.taverne@ird.fr

Au moment où l'ampleur de l'épidémie à virus Ebola était reconnue par la communauté internationale pour les trois pays à l'épicentre, des chercheurs en sciences sociales travaillant sur divers thèmes en lien avec la santé dans les pays voisins ont observé l'émergence de manifestations sociales qui traduisaient les inquiétudes des populations et anticipaient la possible arrivée de l'épidémie dans leurs pays. Alors même que l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) prônait le renforcement de la préparation dans les pays périphériques à l'épicentre en classant les pays d'Afrique de l'Ouest et centrale en tant que *highest priority countries* et *high priority countries*, des

équipes de recherches en sciences sociales se sont constituées dans ces pays pour entreprendre les premières études sur la circulation des représentations sociales de l'épidémie, les réactions sociales dans la population générale et chez les professionnels de santé et la mise en place des premières mesures visant à préparer le système de soins à la survenue d'éventuels malades. Dans plusieurs pays ces équipes ont été associées aux dispositifs nationaux de préparation à l'épidémie. La plupart ont commencé leurs travaux sans financement spécifique, ce n'est que dans un deuxième temps que ces équipes ont commencé à rechercher des financements pour maintenir et développer leurs activités sur la maladie à virus Ebola (MVE). Ces équipes se sont retrouvées confrontées à deux obstacles qui ont fortement perturbé les activités de recherche : (1) la difficulté, et pour certaines d'entre elles, l'impossibilité de trouver des financements pour conduire des études en sciences sociales, (2) des délais et modalités de mise à disposition des financements incompatibles avec l'urgence et l'évolutivité du processus épidémique. La communication développera, à partir d'exemples, ces observations qui semblent d'autant plus paradoxales que l'utilité des sciences sociales pour faire face à l'épidémie à virus Ebola a été très tôt affirmée par les agences internationales impliquées dans la riposte.

Défis de la lutte antivectorielle autour de la maladie du sommeil en contexte de crise. Cas de la Guinée maritime confrontée à l'épidémie d'Ebola

Thiongane Oumy B¹, Bucheton Bruno¹, Camara Mamady²

1. UMR INTERTRYP IRD-CIRAD , Montpellier (France), 2. PNLTHA-Ministère de la Santé, Conakry (Guinée)

o.moirouxthiongane@gmail.com

Cette communication propose de réfléchir sur les enjeux de recherche autour de la lutte antivectorielle appliquée à la maladie du sommeil en contexte d'épidémie d'Ebola. Il s'agit d'analyser les défis posés au chercheur en sciences sociales, notamment l'anthropologue, intervenant dans un contexte où le programme de diagnostic, les prélèvements de sang et la lutte ont été empêchés par l'épidémie. La discussion sera centrée dans un premier temps sur les conséquences d'Ebola en terme de contrôle de l'endémie sommeilleuse et sur l'importance que revêt la lutte antivectorielle dans ce contexte. Dans un second temps, la communication sera axée sur les effets possibles de l'épidémie sur l'investigation anthropologique à venir. Enfin il sera question de lancer quelques pistes concernant les politiques de l'enquête autour d'une anthropologie de la lutte antivectorielle dans la mangrove littorale de la Guinée (Boffa et Dubréka respectivement à 130 et 50 km à l'ouest de Conakry). Les deux préfectures sont marquées par une transmission du virus Ebola active début 2015, une situation tendue et des populations méfiantes vis à vis des acteurs de santé et de leur programme. Il s'agit de réfléchir sur un terrain travaillé, transformé par un objet périphérique (Ebola) proche de celui investigué par l'anthropologue (la maladie du sommeil), ainsi que deux pathologies mobilisant des investissements différents. La maladie du sommeil, au statut de maladie tropicale négligée, sera investiguée au regard des reconfigurations sociopolitiques qu'il sera important de prendre en compte.

Quand les Urgentistes rencontrent les Développeurs. Socio-anthropologie de la co-production de la lutte contre la maladie à virus Ebola au Niger

Moha Mahaman

Laboratoire d'études et de recherches sur les dynamiques sociales et le développement local, Niamey (Niger)

tayamana2006@yahoo.fr

La propagation du virus Ebola révèle les limites des systèmes de santé des pays les plus touchés : la Guinée, le Libéria et la Sierra Leone ont été plongés dans une crise humanitaire sans précédent. Elle révèle également les contradictions entre les dispositifs de l'action humanitaire et ceux du développement, mais surtout les difficultés de la co-production d'une réponse à la menace d'une épidémie dans un comité composé d'acteurs nationaux et internationaux appartenant à ces différents milieux. Au Niger, la formulation et la mise en œuvre des différents plans de réponse à la menace d'épidémie de la maladie à virus Ebola (MVE) peuvent être qualifiées, dans le langage du transfert de connaissances, d'espaces de *processus délibératifs* (Dagenais et Robert, 2012 ; Moha et Ridde, 2014). Ces processus délibératifs mettent ensemble divers types d'acteurs et de réseaux, chacun avec ses catégorisations cognitives et ou administratives, ses logiques, ses stratégies et ses routines, qui se confrontent. Ils mettent également à nu les relations interinstitutionnelles (modalités de coopération autour d'Ebola) et leurs non-dits (méfiances mutuelles entre Ministère de la Santé, Organisations internationales, ONG). Dans cette communication, il s'agit de présenter les premiers résultats d'observations participantes et d'entretiens réalisés auprès des membres de différents comités d'élaboration et de suivi de la mise en œuvre du plan de riposte contre l'épidémie au Niger. Ils permettront d'appréhender et de comprendre les processus délibératifs à partir d'un cadre d'analyse développé par Jennifer Boyko et al. (2012) qui suggère de considérer des éléments comme l'existence d'un environnement approprié, l'utilisation des preuves scientifiques, et la pluralité des participants. Les effets de ces éléments seront examinés au niveau individuel, organisationnel et systémique.

La gouvernance dans la riposte à la maladie à virus Ebola au Mali

Bangambe Pascal, Diarra Tieman, Faye Sylvain, Oumar Cheik Toure, Socé Fall Ibrahim

Organisation Mondiale de la Santé, Bamako (Mali)

pascalbangambe@gmail.com

L'usage du concept de *gouvernance* dans la riposte à la maladie à virus Ebola (MVE) trouve toute sa pertinence dans la mesure où plusieurs acteurs se retrouvent sur l'arène de la gestion de l'épidémie. Pour soutenir les efforts du gouvernement malien dans la lutte, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a engagé des consultants pour mener une étude socio-anthropologique. Il est ici question d'analyser les mécanismes de gouvernance dans la riposte. Entre décembre 2014 et mars 2015 nous avons procédé à la collecte des données visant à documenter la gouvernance dans la riposte à la MVE. L'analyse des documents disponibles a été effectuée. Il s'agit de rapports de réunions et de présentations, de l'organigramme du Centre Opérationnel d'Urgence (COU) et d'une cartographie des intervenants. Une série d'entretiens semi-dirigés auprès de 40 intervenants ont été également réalisés. Le caractère innovant de cette étude nous a conduits à analyser cinq dimensions, préalablement identifiées dans la gestion du COU : (1) la perception du COU par les partenaires techniques et financiers ; (2) le niveau de collaboration entre les structures étatiques et le COU ; (3) les activités et stratégies des collectivités locales face à la MVE ; (4) la contribution des associations de jeunes et de femmes ; (5) la dimension transfrontalière. Ceci nous a permis d'analyser les

mécanismes de gouvernance et les façons dont ils pourraient favoriser l'innovation dans la gestion de la santé publique. Ces résultats peuvent être utilisés pour améliorer les liens institutionnels entre la gouvernance de la santé et la gouvernance politique dans la gestion de la santé publique. Il serait également utile de revaloriser le rôle des acteurs du développement social dans les collectivités, en tant que leaders d'opinion pour la mobilisation sociale et la communication de proximité.

Implication des personnes guéries d'Ebola dans les essais cliniques utilisant le plasma convalescent pour le traitement d'Ebola : le cas d'Ebola-Tx en Guinée

Mari Saez Almudena¹, Delamou Alexandre^{2,3}, Ronse Maya², Peeters Grietens Koen², Nyankoye Haba⁴, Gémou Achille⁴, Kolie Jean P.⁴, van Griensven Johan²

1. Institute of Tropical Medicine and International Health Charité (Allemagne), 2. Institut de Médecine Tropicale d'Anvers (Belgique), 3. Centre National de Formation et Recherche de Maferinyah (Guinée), 4. Centre National de Transfusion Sanguine, Conakry (Guinée)

mronse@itg.be

En l'absence de traitement connu pour la maladie à virus Ebola (MVE), l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a initié des réflexions sur les thérapies candidates à une expérimentation, parmi lesquelles l'utilisation du plasma de convalescents. C'est dans ce cadre que se déroule actuellement en Guinée un essai clinique d'urgence sur l'utilisation du plasma de convalescent pour le traitement des malades d'Ebola. Cet essai implique l'Association des Personnes Guéries et Affectées d'Ebola en Guinée (A.PE.GU.A.E.G), selon un processus participatif ouvert inspiré des recommandations de l'OMS en la matière. Les dons volontaires de plasma de la part des personnes guéries ont débuté le 9 février 2015 au Centre National de Transfusion Sanguine de Conakry et la première transfusion a eu lieu le 19 février 2015 au Centre de Traitement Ebola (CTE) MSF de Donka à Conakry. La prise en compte des besoins des personnes guéries et leur implication effective dans la préparation, la planification et la mise en œuvre de l'essai clinique, ont été les facteurs déterminants de la mise en route de l'étude. Ainsi nous avons opté pour une recherche formative en appui à l'essai clinique portant sur le processus d'implication, de mobilisation et de participation, des personnes guéries d'Ebola dans la mise en œuvre de l'essai *Ebola-Tx*. Dans cette communication, nous souhaitons partager notre expérience tout en l'analysant.

Acceptabilité et inquiétudes à propos d'un essai vaccinal pour la maladie à virus Ebola au Burkina Faso

Berthé Abdramane, Ouattara Cécile, Konaté Blahima, Ouédraogo Hermann, Soulama Achille, Bamba Issiaka

Centre Muraz, Bobo-Dioulasso (Burkina Faso)

abdramane.berthe@centre-muraz.bf

La meilleure réponse attendue contre la maladie à virus Ebola (MVE) est la découverte d'un vaccin ou d'un médicament efficace et accessible à la population. Les évaluations des candidats vaccins comportent une phase qui doit être réalisée en Afrique. Notre étude visait à cerner l'acceptabilité du vaccin *Ebovac2* au Burkina Faso. Outre une revue de la littérature, la collecte des données, qualitative, a été menée à Bobo-Dioulasso (mars-juin 2015) auprès de 38 informateurs clés (leaders des structures de promotion de la santé, représentants des groupes constituant les participants potentiels à l'essai, représentants de la société civile, ou leaders politiques, religieux et médiatiques) et de 48 participants potentiels (adultes sains, personnes âgées, personnes vivant avec le VIH, parents d'enfants de 1 à 17 ans, enfants de 10 à 17 ans). Les résultats montrent que la majorité des

enquêtés trouvent qu'il est pertinent de tester un vaccin contre la MVE au Burkina Faso. Ils apprécient positivement les principes méthodologiques de l'essai (randomisation, utilisation du placebo, double aveugle, visites médicales régulières). Plus de la moitié des participants potentiels accepteraient de participer à cet essai pour des raisons altruistes, si les principes éthiques et les bonnes pratiques sont respectés. Certains enquêtés ont exprimé des inquiétudes à propos de la pertinence de l'essai, du risque de contagion et des effets secondaires. Quand on leur fournit des informations sur l'essai *Ebovac2*, ils expriment des inquiétudes sur la qualité de la prise en charge des volontaires pendant et après l'essai, la méthode, la capacité des volontaires à respecter les consignes des chercheurs. Les inquiétudes liées à l'essai *Ebovac2* sont similaires à celles soulevées dans d'autres essais vaccinaux portant sur la prévention de maladies transmissibles comme le VIH. Cet essai semble faisable et acceptable dans le contexte de Bobo-Dioulasso si un plan de communication est mis en œuvre pour gérer les inquiétudes.

1. Ebola ou Déborah : rencontre de logiques sanitaires et de stratégies de rejet de la prévention dans les maquis d'Abidjan

Blibolo Auguste Didier

Université Felix Houphouët Boigny, Abidjan (Côte d'Ivoire)

bliboloa@yahoo.fr

La prévention de la maladie à virus Ebola (MVE) a entraîné l'interdiction de la consommation du gibier dans le pays. Or, de nombreux habitants des villes sont très friands des mets à base de gibier qui constituent la spécialité des restaurants appelés *maquis*. De plus, dans les villages, le gibier est un aliment facilement accessible. C'est dans ce contexte social que de nombreux cas de violation de l'interdiction ont été rapportés dans la presse. Le cas du paysan mis aux arrêts et emprisonné parce que pris en possession d'un rat est caractéristique. Dans des maquis, il suffit aux initiés de dire « Ebola » ou « Déborah » pour se faire servir clandestinement du gibier. Ces stratégies de contournement des mesures de prévention ont motivé une enquête exploratoire sur la prévention d'Ebola dans plusieurs maquis à Abidjan (Yao, 2014). Il en ressort que des clients des maquis résistent à l'interdiction de la consommation du gibier : malgré la campagne d'information très médiatisée sur l'épidémie, de nombreux clients à Abidjan affirment n'avoir jamais entendu parler d'Ebola, et 30% de ces clients se disent prêts à consommer du gibier si l'occasion se présente. Il s'avère donc utile de disposer de données nationales de base sur les connaissances, attitudes et pratiques préventives en matière de virus Ebola, pour orienter et adapter les actions de prévention et en mesurer l'impact par la suite.

2. L'expérience du Mali dans le suivi des contacts de la maladie à Virus Ebola

Cisse Zibada, Sacko Ramata, Traoré Moussa

Institut National de Recherche en Santé Publique, Bamako (Mali)

zibada_cisse@yahoo.com

La complexité de l'épidémie de la maladie à virus Ebola (MVE) en Afrique de l'Ouest a mis en évidence le besoin de mise en œuvre de mesures de confinement fondées sur des données probantes. La recherche et le suivi des contacts est l'une des interventions les plus efficaces pour endiguer la MVE. Les personnes contacts d'un malade d'Ebola ont un risque élevé d'infection. Aussi, tous les contacts potentiels des cas doivent être identifiés et mis en observation pendant les 21 jours suivant le dernier jour d'exposition. La coopération des communautés est essentielle pour le succès de la recherche et le suivi des contacts. Cette présentation traite du système d'organisation et de mise en œuvre du suivi des contacts au Mali dans les deux foyers identifiés, à Kayes et Bamako. L'objectif est de montrer comment le suivi peut rompre la chaîne de transmission de la MVE. Il s'agit spécifiquement de dégager comment identifier tous les contacts potentiels, évaluer l'état de santé des contacts pendant 21 jours, recenser leurs préoccupations et apporter des solutions. La méthodologie utilisée était les visites à domicile, la prise de température, les entretiens. Au Mali, le suivi a concerné 433 personnes dont 80 pour un cas confirmé à Kayes et 353 à Bamako pour 6 cas confirmés. Deux contacts ont développé la maladie en cours de suivi et ont été traités avec succès. Les litiges et les réticences ont eu leurs solutions. La fin de l'épidémie au Mali a été rendue possible grâce à l'efficacité

du suivi des contacts mené par une équipe mixte d'agents de santé et des sciences sociales. Nous osons croire que l'expérience malienne en matière de suivi des contacts peut servir d'exemple.

3. Le double regard sur les structures et les équipements pour le traitement de la maladie à virus Ebola dans la préfecture de Kérouané, Haute Guinée

Deffo Modeste

Université de Yaoundé (Cameroun)

def_modeste@yahoo.fr

Après les rites funéraires, les hôpitaux publics et privés de la Guinée sont actuellement considérés par la coordination nationale de la riposte comme des hauts lieux de transmission de la maladie à virus Ebola (MVE). Les médecins, infirmiers et sages-femmes qui ont contracté et diffusent le virus se comptent par centaines. Cette présentation propose d'analyser les causes et les conséquences de la faible mobilisation de l'ensemble des acteurs du système santé à partir d'une approche ethnographique. En effet, dans les centres de traitement Ebola (CTE), la fièvre est considérée comme un élément de suspicion fondamental alors que dans les autres centres de santé du pays, la fièvre est un fait anodin. De même, les corps de défunts qui sont entourés d'un grand rituel de sécurisation à la sortie des CTE, sont traités banalement dans les morgues des hôpitaux. De plus, l'architecture ainsi que les équipements de protection individuelle (EPI) du personnel soignant des CTE diffusent dans la population générale et parmi les médecins non spécialistes une perception apocalyptique de la maladie. La construction d'un CTE en périphérie de la préfecture de Kérouané en Haute Guinée, au milieu d'une forêt secondaire, n'en fait ni une structure d'accueil des patients, ni une structure sociale et communautaire, mais plutôt un *coin suspect* pouvant alimenter toutes formes de rumeurs. En fin de compte, les EPI portés par les personnels soignants renvoient au visiteur des structures sanitaires l'image d'un *ange armé de thermoflash*, ce dernier pouvant apparaître comme un appareil à *tirer le sang* plus dangereux pour le patient que la maladie elle-même. Les résultats de l'étude ethnographique révèlent ainsi des perceptions de la population méconnue des acteurs de la riposte.

4. Comment vivent les « survivants » ? Un modèle pour aborder la diversité des situations socio-sanitaires des patients guéris d'Ebola

Desclaux Alice^{1,2}, Sow Ndeye Khoudia²

1.TransVIHMI, UMI 233 IRD / U 1175 INSERM, Dakar (Sénégal), 2.Centre Régional de Recherche et de Formation à la prise en charge de Fann, Dakar (Sénégal)

Alice.desclaux@ird.fr

Les institutions engagées dans la riposte à l'épidémie d'Ebola soulignent la précarité et les besoins des survivants en aide matérielle et psychosociale, comme en prise en charge médicale. Elles rapportent qu'ils sont aussi victimes d'ostracisme et parviennent difficilement à retrouver la condition sociale qu'ils connaissaient avant d'être atteints par la maladie à virus Ebola (MVE). Mais les patients guéris qui témoignent au niveau international présentent un autre profil : celui de personnes ayant un niveau d'éducation élevé, souvent professionnels de santé, qui disposent d'un certain capital social. Ces représentations polarisées ou contradictoires des patients guéris co-existent avec des attentes : les institutions souhaitent qu'ils s'engagent dans des associations, contribuent à la prévention et aux soins dans les centres de traitement Ebola (CTE) ainsi qu'aux dons de plasma, et qu'ils témoignent publiquement pour lutter contre la stigmatisation. Tous les patients guéris ne peuvent probablement pas répondre à ces attentes, qui impliquent d'avoir surmonté le

deuil, la perte de revenus et les séquelles cliniques. Face à la diversité des situations socio-médicales et pour mieux gérer des attentes inadaptées à certaines de ces situations, il est nécessaire de disposer d'un modèle permettant une approche désagrégée et pertinente de la condition des patients guéris. La présentation propose une typologie socio-médicale basée sur les faits et (1) issue d'une typologie concernant les personnes vivant avec le VIH depuis plus de dix ans au Sénégal et (2) intégrant des informations et éléments d'observation recueillis en Guinée. Ce nouvel outil méthodologique, qui définit cinq conditions socio-sanitaires type, devra être testé et validé. Il pourra ensuite permettre d'une part d'adapter les interventions aux besoins individuels et collectifs des survivants à la MVE en intégrant leur diversité, d'autre part de dépasser les stéréotypes et préjugés à propos de leur condition et leur rôle social.

5. Les religieux musulmans face à la riposte à l'épidémie de la maladie à virus Ebola au Mali

Diallo Karim, Diarra Tiéman, Magassa Hamidou, Coulibaly Moussa, Fall Ibrahima Socé

Organisation Mondiale de la Santé, Bamako (Mali)

dialloska@gmail.com

Après la déclaration de l'épidémie au Mali le 23 octobre 2014, au total huit cas ont été enregistrés dont cinq décès, deux guéris et un cas probable décédé. La maladie à virus Ebola (MVE) a causé beaucoup de troubles psycho-sociaux chez les individus, ne serait-ce qu'en entendant évoquer ce fléau dans le milieu médical et en dehors. L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) au Mali a entrepris des actions pour limiter la diffusion de l'épidémie, incluant le financement d'une étude socio-anthropologique visant à mieux comprendre les croyances et pratiques locales susceptibles d'améliorer ou d'entraver la réponse. L'Islam étant une religion humanitaire, il était attendu que les leaders religieux servent d'interface entre les populations et l'État pour éviter la propagation de la maladie. Pour explorer leur capacité à jouer ce rôle, nous avons mené des entretiens dans les institutions religieuses, au cours de conférences et auprès de leaders religieux. Ce travail nous a permis d'identifier l'implication des instances de l'Islam, et de documenter divers aspects, incluant : le dialogue inter-religieux sur la MVE, l'abandon des poignées de mains, la réticence au respect des principes d'hygiène, les résistances, les rumeurs, les précautions pour les funérailles, le degré de mobilisation des frères musulmans, etc. Nous avons constaté que le discours religieux touche l'âme du grand public. Le sermon du vendredi et les prêches sont des outils crédibles et fiables pour véhiculer le message pendant l'épidémie à partir d'un argumentaire qui peut être construit sur des éléments du livre saint de l'Islam. De plus, les religieux paraissent disposés à diffuser ces messages.

6. Réactions sociales de protection des populations face à Ebola au Burkina Faso : une lecture anthropologique

Gouo Assita, Bila Blandine

Centre National de la Recherche Scientifique et Technique, Ouagadougou (Burkina Faso)

assignuo@yahoo.fr

Bien qu'il n'y ait pas encore eu de cas avéré au Burkina Faso, Ebola suscite la peur au niveau des populations non seulement à cause de la flambée dans la sous-région ouest africaine mais aussi du fait de rumeurs de suspicion d'Ebola à propos d'une dizaine de personnes depuis août 2014 au Burkina. Les réactions d'auto-protection des populations face à cette maladie méritent d'être documentées. L'étude présentée ici est une analyse descriptive à partir de plusieurs sources :

observations, entretiens, presse locale imprimée et/ou électronique. Les données montrent que les populations ont eu recours à diverses protections contre Ebola, qui ont évolué dans le temps. Il s'agissait, d'août à octobre 2014, d'interpellations du gouvernement pour qu'il s'engage davantage dans la prévention et/ou la prise en charge d'éventuels cas avérés, et au niveau individuel du recours à des bains de décoctions pour prévenir la maladie. À partir d'octobre 2014, les personnes se sont abstenues de tout contact corporel pour les salutations, et ont fait un usage répandu (en privé, dans des familles et lieux publics) de détergents, notamment pour les mains. En novembre-décembre 2014, on observait l'abstention de consommation du kapok pour se protéger contre Ebola. À Sindou, le dispositif de sécurité mis en place après l'annonce de la mort d'un suspect d'Ebola (non confirmé) a effrayé les habitants, si bien que certains ont décidé de quitter la localité par crainte d'être contaminés. Les réactions quasi unanimes d'auto-protection chez les populations montrent qu'elles sont conscientes de la menace d'Ebola et donc s'impliquent dans sa gestion, en adoptant des mesures préventives pour se protéger. Ces initiatives auxquelles adhèrent déjà les populations méritent d'être connues, voire encouragées et pérennisées dans le cadre de la riposte à l'épidémie d'Ebola au Burkina Faso.

7. Reported incidents in the Ebola crisis management in Guinea, Liberia and Sierra Leone: a systematic review

Guerrier Gilles¹, Bretonnière Sandrine², Sjogren Lea³, Letier Tatiana⁴, D'ortenzio Eric⁴, Guerrier Marc⁵

1. Hôpital Cochin, Paris (France), 2. Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales, Paris (France), 3. University of Copenhagen (Danemark), 4. ONG Solthis (France) and Hôpital Bichat Claude-Bernard (France), 5. Haute Autorité de Santé (France)

guerriergilles@gmail.com

Background Public health measures to mitigate the recent Ebola virus disease (EVD) outbreak have been disrupted by unexpected reactions from affected communities such as failure to cooperate or violence targeting members of intervention teams. The objective of this presentation is to perform a systematic review of opposing situations occurring in Guinea, Liberia or Sierra Leone reported in the media, aiming at assisting social scientists in future haemorrhagic fever outbreaks. A systematic search using predefined keywords of online available newspaper articles or reports of the 5 highest print runs in Guinea, Liberia, Sierra Leone, their neighboring countries (Mali, Senegal, Guinea-Bissau and the Ivory Coast) and from France, UK and USA published from 21st of March 2014 to 31st of December 2014 was performed. Article selection was done by two independent reviewers. The content of each included article was assessed then appraised, and data were collated and analyzed. Each selected article/report was categorized by type of event(s), type of cause(s): concepts or representations, and type of consequence(s). Our research yielded 192 articles, of which 95 relevant articles were finally included in the study. Proportions of events reported in affected countries were 30%, 50%, and 20% in Guinea, Liberia or Sierra Leone, respectively. Types of events were physical opposition (25%), riots (25%), escape or hiding (12%), political issues (5%) and others. Identified causes were rumors (35%), fear (50%), mistrust and lack of confidence in the authorities (40%), beliefs of exogenous contamination (20%). Consequences were related to a downgrade of disease control. All stakeholders must learn the importance of tailoring response strategies to match needs at specific levels. Revised public health policy built on experiences should be mapped for next EVD outbreaks.

8. La maladie à virus Ebola au Mali sous le prisme du droit

Kansaye Bouréma

Université des Sciences Juridiques et Politiques de Bamako/Faculté de Droit Privé (Mali)

bgkansaye@gmail.com

La lutte contre la maladie à virus Ebola (MVE) au Mali a été rendue possible grâce un arsenal juridique national et extranational. C'est cet arsenal de normes réglementant l'organisation des structures appropriées d'une part, et régissant les comportements des acteurs intervenant dans le processus d'autre part, qui a fondé la réussite de la prévention et de la gestion de l'épidémie fin 2014 et début 2015. Le cadre juridique national en la matière est constitué de la loi N° 02-050 du 22 juillet 2002 portant loi hospitalière en République du Mali. Cette loi nationale qui édicte les principes directeurs, et définit les missions et obligations des établissements hospitaliers maliens, présente l'organisation du système hospitalier au Mali. La loi N° 98-035 du 20 juillet 1998 régissant le contrôle sanitaire aux frontières est un autre texte national qui s'est révélé significatif. Elle est un complément aux règlements pris par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et aux arrangements internationaux. Le décret N° 07-165 du 23 mai 2007 établit la liste des maladies à déclaration obligatoire au Mali. De plus, le décret N° 97-212 du 10 juillet 1997 portant création de comité permanent de gestion des épidémies permet d'élaborer un plan d'action pour la gestion des épidémies. Le Mali a mis en place un centre opérationnel d'urgence (COU) de lutte contre la MVE, créé par le décret N° 2014-0850 du 14 novembre 2014 qui détermine son organigramme et définit ses missions. Dans quelle mesure le succès de la prévention et de la gestion de la MVE au Mali est-il attribuable à l'ordre organisé par les normes nationales et internationales en matière de prévention et de gestion des épidémies ?

9. Perceptions, expressions et gestion de la peur chez les personnes en isolement communautaire au Sénégal

Sow Souleymane¹, Ndione Albert Gautier^{1,2}, Sow Ndeye Khoudia², Desclaux Alice^{1,2}

1. Centre Régional de Recherche et de Formation à la prise en charge de Fann, Dakar (Sénégal), 2. TransVIHMI, UMI 233 IRD / U 1175 INSERM, Dakar (Sénégal)

leju550@yahoo.fr

Suite au diagnostic d'un cas de maladie à virus Ebola (MVE) au Sénégal, les 74 personnes ayant été en contact avec le patient zéro ont dû être mises sous surveillance communautaire pendant 21 jours, avec un suivi bi-quotidien de leur température à domicile. L'objectif de cette communication est de décrire les effets psychologiques de l'isolement des personnes contacts, avec cette interrogation : cette mesure sanitaire a-t-elle accentué la peur, ou rassuré les personnes concernées ? L'étude repose sur une approche qualitative par entretiens et observations auprès de 13 adultes de l'unité résidentielle du malade, dans le cadre du Projet EBSEN (Epidémie d'Ebola et production sociale de la confiance au Sénégal). Les analyses concernent l'expression de la peur, ses formes et causes exprimées par les sujets, son évolution dans le temps et son rapport avec le risque Ebola. La quasi-totalité des personnes rencontrées ont dit avoir eu très peur, avec des modes d'expression divers selon l'émotion ressentie et le contexte qui pouvait encourager à cacher cette peur vis-à-vis de tiers. La peur découle grandement de la perception des risques : d'avoir été contaminé, de pouvoir transmettre, ou vis-à-vis d'autres personnes de la même résidence potentiellement contagieuses. Le paroxysme de la peur fut vécu les premiers jours, alors que l'information délivrée par les soignants était minimale et qu'ils semblaient eux-mêmes avoir peur. Les facteurs d'assurance ont été la régularité des prises de température, l'écoute des agents de suivi, les manifestations de solidarité, le

recours à la foi, l'absence d'apparition de symptômes. La peur a fortement diminué au dixième jour, quand l'état de santé du patient zéro hospitalisé s'est amélioré, au point que les agents du suivi ont dû rappeler le risque jusqu'à la fin de l'isolement. En conclusion, on discutera les facteurs qui ont permis de maîtriser la peur, pour cibler des propositions d'accompagnement permettant d'éviter des effets psychologiques traumatisants.

10. La cellule de soutien psychologique dans le cadre de la maladie à virus Ebola. Un dispositif d'urgence de soutien à distance

Sylla Aïda¹, Sow Ndeye Khoudia², Ndour Cheikh Tidiane³, Ngom Ndeye Fatou³

1. Service de psychiatrie, CHU de Fann, Université Cheikh Anta Diop de Dakar (Sénégal), 2. Centre Régional de Recherche et de Formation à la prise en charge de Fann, Dakar (Sénégal) 3. Service des maladies infectieuses, CHU de Fann, Université Cheikh Anta Diop de Dakar (Sénégal)

mbenendiaye@yahoo.fr

Le 29 août 2014, le premier cas de maladie à virus Ebola (MVE) hospitalisé au Service des Maladies Infectieuses du CHU de Fann était confirmé. La prise en charge de ce malade n'avait pas respecté les précautions universelles recommandées. 40 professionnels de santé ont été en contact direct et indirect avec le patient. Ces professionnels ont fait l'objet d'une surveillance communautaire et ont été assignés au domicile pour une durée de 21 jours. D'autre part 34 personnes contact du malade (famille, contacts occasionnels) ont été également mis sous surveillance communautaire. Sous surveillance, les personnes ne peuvent sortir du domicile et doivent interrompre toute activité sociale. Elles vivent une situation de stress et de souffrance due notamment à la crainte d'avoir été contaminées et d'être contagieuses, dans un confinement qui peut raviver les conflits familiaux et professionnels. Par ailleurs, les représentations des soignants par rapport à Ebola faites surtout de crainte rendent difficile pour eux d'être au contact de sujets infectés ou des personnes contacts, tout en restant sereins. Ce contexte rend difficile un soutien psychologique classique. Les intervenants ont dû faire face à cette situation, utiliser les nouvelles technologies en l'occurrence le téléphone portable pour établir un lien soutenant avec les personnes contacts. Des spécialistes de la relation d'aide avec une formation et une expérience du travail en situation de catastrophe ont été mobilisés. La présentation analyse ce dispositif qui a permis de soutenir les personnes contacts et les équipes de soins soumises elles aussi à une forte pression liée à la médiatisation de la MVE.

INDEX DES AUTEURS

- Abdoulaye Alfa Daleb, 35
Ade Nadège, 22
Aïké Mariette, 31, 35
Akindes Francis, 31
Alice Desclaux, 8
Atenga Thomas, 34
Awesso Atiyihwè, 11
- Ba Mame Khady, 12
Backory Joy, 24
Badji Dioumel, 14, 15, 16
Badji Mouhamed Ahmed, 14
Bamba Issiaka, 41
Bangambe Pascal, 39
Bangambé Pascal, 18
Barry Alpha Amadou Bano, 24
Berthé Abdramane, 41
Bertone Maria Paola, 22
Bila Blandine, 36, 45
Blibolo Auguste Didier, 43
Bretonnière Sandrine, 46
Bucheton Bruno, 38
- Camara Mamady, 38
Caremel Jean-François, 37
Cheikh Ibrahima Niang, 9
Cisse Zibada, 43
Condé Kéfing, 24
Coulibaly Moussa, 18, 45
- D'ortenzio Eric, 46
Daleb Abdoulaye Alfa, 31
De Borman Nicholas, 22
de Carvalho Elizabeth, 20
Deffo Modeste, 44
Delamou Alexandre, 22, 41
Desclaux Alice, 14, 15, 16, 34, 44, 48
Diallo Karim, 18, 24, 45
Diarra Kounandji, 16
Diarra Tieman, 16, 18, 39
Diarra Tiéman, 12, 19, 20, 21, 24, 45
Dossou Jean-Paul, 22
Dubois Julie, 25
- Egrot Marc, 31, 35
Epelboin Alain, 26
- Fall Ibrahim Socé, 21
Fall Ibrahima Soce, 18
Fall Ibrahima Socé, 12, 16, 18, 19, 20, 24, 45
Fatou Kouyaté, 12
Faye Sylvain, 39
Feuchte Friederike, 29
Fribault Mathieu, 31
- Gavelle Julien, 32
Gémou Achille, 41
Giani Sergio, 19, 21
Gnassingbé Afèignindou, 11
Gouo Assita, 36, 45
Guerrier Gilles, 46
Guerrier Marc, 46
- Houngnihin Roch, 31, 35
- Ka Abdou, 10
Kaba Mohamed, 26
Kansaye Bouréma, 48
Keita Modibo, 18, 19, 21
Keugoung Basile, 22
Khouidia Sow, 8
Kiendrébéogo Joel Arthur, 22
Kolie Jean P., 41
Konaté Blahima, 41
Kourouma Boubacar, 26
Kra Walter, 31
- Lamine Ndiaye, 8
Lankenau Robert, 26
Le Marcis Frédéric, 30
Letier Tatiana, 46
Lois Bastide, 21
- Magassa Hamidou, 45
Mahamadou Traoré, 12
Mahame Stéphanie, 31
Maiga Jidata, 18, 24
Mamadou Soun calo Traoré, 12
Manca Maria Cristina, 27
Mari Saez Almudena, 41
Mbow Fatou, 26
Meessen Bruno, 22
Moha Mahaman, 39
- Ndaw Maguette, 14
Ndiaye Lamine, 10
Ndiaye Ousmane, 10
Ndione Albert Gautier, 14, 15, 16, 34, 48
Ndour Cheikh Tidiane, 49
Ngom Ndeye Fatou, 49
Ngoundoung Anoko Julienne Saratou, 27
Niang Cheikh Ibrahima, 12
Nyankoye Haba, 41
- Ortuño Gutiérrez Nimer, 22
Ouattara Cécile, 41
Ouédraogo Hermann, 41
Oumar Cheik Toure, 39
- Peeters Grietens Koen, 41
Prinz Armin, 32

René Migliani, 8
Ronse Maya, 41
Roth Emmanuelle, 29

Sacko Ramata, 43
Sall Traoré Mariam, 12
Schroven Anita, 35
Seytre Bernard, 11
Sharon Abramowitz, 30
Sissoko Mamadou Fadiala, 16, 18, 21, 24
Sjogren Lea, 46
Socé Fall Ibrahim, 39
Soulama Achille, 41
Souleymane Haidara, 12
Sow Khoudia, 34

Sow Ndeye Khoudia, 14, 15, 16, 44, 48, 49
Sow Souleymane, 48
Sylla Aïda, 49
Sylvain Faye, 8

Tarantini Clément, 22
Taverne Bernard, 37
Thiongane Oumy B, 38
Traoré Korotoumou, 19
Traoré Moussa, 43

van Griensven Johan, 41

Zaongho Stanislas Landry, 10
Zibada Cissé, 12