

N° 480

Mai 2015

## Ebola : accompagner la surveillance sanitaire



L'épidémie d'Ebola en Afrique de l'Ouest est partie de Guinée, ici en novembre 2014 (© IRD / P. Msellati).

Quelque 25 000 cas, dont plus de 10 000 morts. Un an après la déclaration officielle de l'épidémie d'Ebola en Afrique de l'Ouest, le 23 mars 2014, et alors que celle-ci sévit toujours en Guinée et au Sierra Leone, le bilan est très lourd. Outre le désastre humain, les flambées d'Ebola ont un coût social et économique, en particulier pour les malades et les personnes ayant été en contact avec eux. Alors que, selon l'ONU, l'épidémie ne prendra fin que si ces « personnes contacts » sont bien suivies, des anthropologues de l'IRD et du réseau ouest-africain SHS Ebola décrivent l'impact de leur mise sous surveillance sanitaire au Sénégal et analysent ses enjeux.

### A savoir sur Ebola

La flambée d'**Ebola** qui sévit depuis mars 2014 en **Afrique de l'Ouest** est la plus importante depuis la découverte du **virus** en 1976. Elle s'est propagée depuis la Guinée à la Sierra Leone, au Liberia, au Sénégal, au Mali, au Nigeria et aux Etats-Unis. Début mai 2015, la fin de l'**épidémie** est déclarée au Liberia ; la Guinée et la Sierra Leone notifient encore moins de dix cas par semaine chacun.

Le virus en cause dans cette épidémie appartient à l'espèce **ebolavirus Zaïre** de la famille des filovirus. Il se propage chez l'homme par contacts directs (peau lésée ou muqueuses) avec du sang ou des **sécrétions de personnes infectées**. La durée d'**incubation**, c'est-à-dire le temps écoulé entre l'infection par le virus et l'apparition des premiers symptômes, varie de **2 à 21 jours**, sans contagiosité avant les premières manifestations cliniques. Les **symptômes** sont des douleurs musculaires, des **maux de tête et de gorge**, suivis de **vomissements, diarrhée, insuffisance rénale et hépatique** et, dans certains cas, d'**hémorragies internes et externes**.

## Un plan d'action rapide

Après la confirmation, le 29 août, du premier cas sénégalais d'Ebola chez un jeune homme venu à Dakar depuis la Guinée, un dispositif dit de « surveillance communautaire » des 74 personnes ayant été en contact avec lui a été rapidement déployé. Ces « personnes contacts » ont été maintenues à domicile pendant 21 jours, avec un suivi bi-quotidien de l'apparition de symptômes. Par chance, il n'y a pas eu de transmission secondaire, du fait d'une réaction rapide et probablement d'une faible charge virale chez le malade : l'épidémie s'est limitée à un seul cas confirmé et la fin de la flambée a officiellement été déclarée au Sénégal le 17 octobre.

Mais quels ont été les effets sociaux d'une telle crise ? Pour le savoir, les chercheurs du projet EBSEN (Epidémie d'Ebola et production sociale de la confiance au Sénégal) ont mené une enquête qualitative à partir d'observations et d'entretiens approfondis et répétés auprès des personnes concernées par la mesure de surveillance.

## Une mesure difficile à vivre

Le dispositif de surveillance à domicile a été efficace, mais contesté par la majorité des 40 agents de santé concernés (soignants, agents d'entretien et de sécurité...). Mal informés sur le risque, et en particulier sur l'absence de contagion avant l'apparition de symptômes, ils ont considéré que la surveillance communautaire « sacrifiait » leur entourage, en l'exposant à la contamination en cas d'infection avérée. Comme les autres personnes maintenues chez elles, ils ont vécu cette situation avec angoisse et ont parfois caché des informations à leur entourage pour ne pas l'affoler ou être sujets à la stigmatisation. Néanmoins, ils ont été rassurés par la mobilisation du ministère. De plus, l'empathie de l'équipe de suivi, ainsi que le dispositif d'aide psychologique par téléphone, leur ont permis de traverser cette épreuve.

## Un accompagnement indispensable

Plusieurs personnes ont perdu leur source de revenus pendant leur mise en surveillance et certaines ne l'ont pas retrouvée ensuite. Ceci a perturbé leur vie quotidienne et leurs habitudes alimentaires, et remis en question des projets à plus long terme... Elles ont reçu un appui matériel de la part des autorités,

mais de façon tardive et limitée, et ont été parfois tentées de quitter leur domicile pour subvenir à leurs besoins.

Ces observations révèlent la nécessité de mettre en place un accompagnement psychosocial envers les personnes mises sous surveillance communautaire, pour prévenir les tensions sociales dans leur quartier et favoriser leur réinsertion professionnelle.

## Renforcer la confiance

La perception du risque et la confiance accordée au dispositif sanitaire mis en place sont essentielles, notamment de la part des personnels de santé, à la fois en première ligne et à l'interface avec les populations. En effet, un sentiment de méfiance, amplifié par les médias, peut avoir des effets sociaux dévastateurs entretenant l'épidémie, comme ce fut le cas dans plusieurs pays ouest-africains : déni, théories diverses sur l'origine de la maladie, évitement du système de soins...

Dans la lutte contre Ebola, le cortège d'interventions qui doit être mis en œuvre (isolement des cas, recherche et surveillance des « personnes contact », contrôles sanitaires) entre en tension avec les droits individuels, qui doivent être respectés pour obtenir l'adhésion de la population. Permettant de mieux comprendre les déterminants de cette confiance, ces travaux plaident en faveur d'une approche communautaire de la surveillance – plutôt qu'autoritaire comme dans d'autres pays que le Sénégal –, tout en apportant des éléments au débat sur les rapports entre biosécurité et droits humains.

## Partenaires

Centre Régional de Recherche et de Formation à la prise en charge de Fann et Université Cheikh Anta Diop de Dakar au Sénégal, AVIESAN (Institut thématique multi-organismes de Microbiologie et de Maladies Infectieuses), INSERM.

## Références

Colloque EBODAKAR 2015, Hôtel Ngor Diarama, Dakar, Sénégal, les 19, 20 et 21 mai 2015

## Contacts scientifiques

### Alice Desclaux, chercheur à l'IRD

T. +221 777 05 21 06  
alice.desclaux@ird.fr

UMI *Recherches translationnelles sur le VIH et les maladies infectieuses* - TRANSVIHMI (IRD / universités de Dakar, Yaoundé I et Montpellier / INSERM)

### Ndeye Khoudia Sow, chercheur au CRCF

khoudia.sow@ird.fr

*Centre Régional de Recherche et de Formation à la prise en charge de Fann (CRCF)*

## Coordination

Gaëlle COURCOUX  
Direction de l'information et de la culture scientifiques pour le Sud  
Tél. : +33 (0)4 91 99 94 90  
fichesactu@ird.fr  
www.ird.fr/la-mediathèque



## Relations avec les médias

Cristelle DUOS  
Tél. : +33 (0)4 91 99 94 87  
presse@ird.fr

## Indigo, photothèque de l'IRD

Daina RECHNER  
Tél. : +33 (0)4 91 99 94 81  
indigo@ird.fr

www.indigo.ird.fr



**Institut de recherche pour le développement**

44 boulevard de Dunkerque,  
CS 90009  
13572 Marseille Cedex 02  
France