

Quelle « préparation » aux dimensions sociales des épidémies en Afrique ? Une expérience de formation à Conakry

Preparation needed for the social dimensions of epidemics in Africa: Experience from a training session in Conakry

Desclaux A.¹, Touré A.^{1,2}

¹ TransVIMI (IRD, Inserm, Université de Montpellier), Montpellier, France

² Centre de recherche et de formation en infectiologie de Guinée, Université Gamal Abdel Nasser de Conakry, Conakry, Guinée, TransVIHMI (IRD, Inserm, Université de Montpellier), France

Article accepté le 14/1/2018

Résumé. Après l'épidémie d'Ebola en Afrique de l'Ouest (2013-2016), la « préparation » est au programme des institutions sanitaires. Cependant, des questions essentielles restent posées sur le domaine et les activités de la préparation concernant les dimensions socio-culturelles des épidémies. Un cours rapide multidisciplinaire « Maladies infectieuses et anthropologie en Afrique de l'Ouest » (MIAA) a été organisé au Cerfig, Conakry, en novembre 2017. Son évaluation apporte des réponses à des questions clés, comme qui devrait être formé, et avec quels objectifs, quels apports pédagogiques et quels contenus.

Mots clés : préparation, Afrique, maladies infectieuses, anthropologie, formation.

Abstract. After the Ebola outbreak in West Africa (2013-2016), preparedness is on the agenda of health institutions. However, key questions remain about the scope of preparedness and activities related to the socio-cultural dimension of epidemics. A multidisciplinary short-course Infectious Diseases and Anthropology in West Africa (MIAA) was held at CERFIG, Conakry, in November 2017. Its evaluation provides some answers to key questions, such as who should be trained, and what its objectives, pedagogical contents, and methods should be.

Key words: preparedness, Africa, infectious diseases, anthropology, training.

Correspondance : Desclaux A <alice.desclaux@ird.fr>

Introduction

Au cours de l'année 2017, l'OMS a publié des alertes pour des épidémies de MERS, grippe H7N9, peste, fièvre jaune, hépatites E et A, méningite, maladie de Marburg, fièvre de Lassa, Ebola, Zika, poliomyélite, choléra, dengue, chikungunya, variole simienne, infection à virus de Séoul et à Salmonella¹. Face à la menace d'épidémies de plus en plus fréquentes, la « préparation » est désormais sur l'agenda des institutions de santé publique nationales et globales. Ce terme recouvre un ensemble de notions, de stratégies et d'activités, définies jusqu'à présent de manière plus

ou moins précise et systématique autour de trois axes :

1. la prévention des épidémies majeures par la surveillance épidémiologique et la détection précoce des flambées épidémiques ;
2. la mise en place de réponses rapides, la production et le partage des données, connaissances et technologies ;
3. l'amélioration de la gouvernance globale de la réponse aux épidémies [1].

Les institutions de santé globale accordent une grande importance à la « préparation » mais les interprétations de cette notion varient selon les champs disciplinaires et les niveaux des acteurs de santé, de la définition des principes à la mise en œuvre locale des normes [2].

L'épidémie d'Ebola en Afrique de l'Ouest (2013-2016) est considérée

comme l'expérience qui devrait « changer la donne » [1] en imposant une révision des modes de réponse des systèmes de soins, depuis les dispositifs locaux jusqu'au niveau de l'Organisation mondiale de la santé, au vu des défaillances et limites éprouvées. Mais la résolution d'investir dans la « préparation », qui faisait l'objet d'un consensus entre institutions globales en période de crise, rencontre par la suite divers obstacles limitant son implémentation. Concernant les dimensions medicotechnique et logistiques, relativement cadrées par des normes et guides opérationnels [3] qui permettent des activités de formation et de mise en pratique par des simulations, les obstacles sont liés aux ressources nécessaires et à la gouvernance locale et globale pour planifier

des interventions coordonnées. Concernant les dimensions sociales, leur approche dans une perspective de santé globale (au Sud comme au Nord) est encore peu conceptualisée. Ainsi, les guides mis à disposition par l'OMS sont limités à l'approche des populations en termes de communication sur le risque et de changement de comportement en période de crise². Or, l'expérience de l'épidémie d'Ebola a montré la nécessité d'une évaluation critique des interventions de santé publique et d'une connaissance des contextes sociopolitiques pour assurer la confiance des populations [5], qui dépassent largement la communication et l'approche comportementale.

Au-delà de l'introduction en période hors crise de techniques ou stratégies de communication devant être utilisées pendant la crise, que devrait comprendre la « préparation » face aux dimensions sociales des épidémies ? Comment devraient être pris en compte les échecs (et succès) de la réponse à l'épidémie d'Ebola pour que cette « préparation » soit efficace en termes de santé publique ? La réflexion engagée sur ces questions par le Réseau anthropologie des épidémies émergentes³ permet d'apporter des éléments de réponse à ces questions, basés notamment sur une expérience de formation en Guinée⁴.

L'état des besoins : le cas de la Guinée

Les institutions de santé globale ont retenu de l'épidémie d'Ebola qu'impliquer des socio-anthropologues dans les équipes de santé publique permet de rendre plus pertinentes et d'humaniser les mesures de réponse en ajustant en continu les normes internationales aux contextes socio-politiques locaux. Cela

implique de mobiliser des socio-anthropologues et des connaissances scientifiques dans au moins six domaines :

- les contextes d'exposition au risque et les pratiques sociales influant sur la transmission,
- l'offre de soins incluant les acteurs et systèmes thérapeutiques locaux,
- les logiques d'interprétation de l'épidémie,
- les réponses sociales à l'épidémie et l'expérience des acteurs,
- l'impact social des mesures sanitaires, et plus largement l'organisation sociale,
- et le système de sens des populations ainsi que leurs rapports à la maladie et aux soins [6].

En Guinée, les ressources étaient limitées du fait de l'absence de laboratoire de recherche en sociologie et anthropologie, d'anthropologues spécialisés en santé dans les instances de santé publique locales comme dans les universités guinéennes, de cursus universitaire en socio-anthropologie de la santé, ainsi que de cursus en santé communautaire. Les agences des Nations unies ont fait appel à des chercheurs d'autres pays sélectionnés sur la base de leur connaissance présumée de la culture locale, n'ayant pas tous une expertise et une expérience en recherche opérationnelle et santé publique. Bien que de nombreux socio-anthropologues aient été impliqués⁵, leurs collaborations avec les acteurs sanitaires locaux ont été rares, du fait notamment de la brièveté de la plupart des interventions, sous forme de consultations ou d'approche « *fast in, fast out* »⁶. De plus, les connaissances et publications scientifiques sur les aspects sociaux de la santé en Guinée étaient très limitées et peu accessibles. Enfin, le déficit de ressources humaines dans le domaine de l'intervention sociale (travailleurs sociaux, mobilisateurs et intervenants en santé communautaire, psychologues) et l'absence d'expérience antérieure de collaboration entre scientifiques des sciences médicales et des sciences sociales ont suscité quelques confusions, conduisant les autorités de santé à solliciter des socio-anthropologues pour assurer du travail social.

Les besoins révélés par l'épidémie d'Ebola concernent donc de nombreux aspects : compétences et ressources humaines en anthropologie de la santé (et en travail social) ; développement de recherches sur les dimensions sociales de la maladie en période hors crise et pendant la crise ; rassemblement et mise à disposition des publications scientifiques sur ce domaine ; formation des professionnels et création de cursus de formation universitaire. La création en janvier 2016 du Laboratoire d'analyses socio-anthropologiques de Guinée (Lasag) au sein de l'Université Général Lansana Conté de Sonfonia par les professeurs B. Barry (sociologue) et M. Diop (anthropologue), puis l'ouverture d'un master en anthropologie et santé publique la même année, devaient répondre à une partie de ces besoins. La collaboration d'anthropologues d'autres pays dans le cadre du Réseau anthropologie des épidémies émergentes (RAEE) soutenu par l'Institut de recherche pour le développement (IRD) est venue soutenir ce processus. Pour répondre plus spécifiquement au défi de la « préparation » face aux dimensions socio-anthropologiques de la maladie, une formation « Maladies infectieuses et anthropologie en Afrique de l'Ouest » (MIAA) a été réalisée au Centre de recherche et de formation en infectiologie de Guinée (Cerfig)⁷ à Conakry figure 1.

L'expérience de la formation Maladies infectieuses et anthropologie en Afrique de l'Ouest (MIAA)

La première session de la formation MIAA a eu lieu en novembre 2017, avec le double objectif de former une première génération d'apprenants et de tester un format pour en produire une version validée pouvant être éventuellement intégrée après ajustement à des enseignements diplômants, *tableau 1*.

L'évaluation de la formation par les formateurs et les participants, au vu des

² Le site internet de l'OMS met à disposition pour les dimensions sociales des documents concernant la Communication pour un impact comportemental (Combi) [4] who.int/ihr/publications/combi_toolkit_outbreaks/en/ récemment complétés par un cours en ligne, <https://openwho.org/courses/>

³ Ce réseau de chercheurs travaillant en Afrique de l'Ouest est présenté sur le site shsebola.hypotheses.org.

⁴ La formation a été montée et coordonnée par A. Desclaux, organisée sous la coordination de A. Touré au Centre de recherche et de formation en infectiologie de Guinée (Cerfig), et financée par l'IRD au travers notamment du RAEE.

⁵ La coordination nationale de la réponse à Ebola aurait enregistré l'intervention de 126 anthropologues en Guinée (Dr B. Barry, novembre 2017).

⁶ Recueils de données rapides menés par des chercheurs (étrangers dans ce cas) destinant leurs résultats uniquement au niveau international.

⁷ Le Cerfig a été créé par l'université Gamal Nasser de Conakry et Transvihmi (IRD, Inserm, université de Montpellier) fin 2017.



Figure 1. Vue latérale du Cerfig.

Figure 1. Photo of Cerfig.

principes mobilisés pour la définir et des objectifs pédagogiques⁸, a permis d'apporter des éléments de réponse à quelques questions.

Qui former (anthropologues ou médecins), avec quels objectifs ?

L'analyse des insuffisances de la réponse locale à l'épidémie d'Ebola de 2013-2016 montre que les dimensions sociales de la maladie ont été prises en compte tardivement, quand la défiance de la population était déjà installée, alors qu'il aurait fallu les considérer dès la définition initiale des stratégies de santé publique. Pour qu'une institution sanitaire s'ouvre à l'apport d'anthropologues, ses responsables médicaux doivent être initiés aux sciences sociales et en connaître les contributions potentielles, et les anthropologues doivent acquérir des notions de base en santé publique et infectiologie pour pouvoir établir un dialogue efficace. Aussi, le parti pris du MIAA fut d'accueillir ensemble des professionnels et des étudiants issus des champs de la santé et des sciences sociales, avec comme objectifs pédagogiques l'acquisition et le renforcement de connaissances sur les épidémies émergentes et réémergentes, l'initiation aux approches disciplinaires respectives et à la collaboration interdisciplinaire. Ce format a favorisé les échanges entre participants, chaque groupe partageant ses connaissances et expériences ; de plus, les travaux de

groupes mixtes ont permis aux participants d'éprouver concrètement les enjeux et difficultés de la collaboration interdisciplinaire. *In fine*, les acteurs de santé devraient inclure davantage les dimensions sociales dans leurs approches (étude ou intervention), savoir quand et dans quel objectif solliciter des anthropologues (pour des enquêtes, recherches ou expertises) ou des travailleurs sociaux (pour des interventions en santé communautaire) et développer avec eux des approches inter ou transdisciplinaires. Les socio-anthropologues devraient disposer de connaissances spécifiques à propos des épidémies et des questions de santé publique associées ainsi que de bases théoriques pertinentes pour les aborder, et proposer diverses approches (enquêtes, recherches, expertises) à diverses phases (préparation, crise, post-crise), dans le double objectif de produire des connaissances pour la compréhension et pour l'amélioration des interventions de santé publique. L'approche multidisciplinaire et le public mixte sont apparus comme des points forts du MIAA.

Quels apports pédagogiques ?

En l'absence de formation pré-existante en anthropologie de la santé en Guinée, il était nécessaire de transmettre aux participants des savoirs et des savoir-faire, dans les domaines suivants.

En matière de savoirs

- Des bases théoriques en anthropologie médicale (incluant la présentation de concepts clés pouvant être aisément mobilisés, et la discussion critique de concepts véhiculaires flous ou culturalistes tels que « communautés ») ;
- des éléments d'histoire globale des épidémies complétés par des connaissances (biocliniques, en santé publique, épidémiologiques, sociales) à propos d'épidémies spécifiques, suscitant la réflexion par la comparaison et la mise en perspective de contextes et dynamiques épidémiques variés ;
- des notions de base en épidémiologie et santé publique (tels que : indicateurs épidémiologiques, critères d'évaluation des interventions et services) pouvant être utilisées dans une approche interdisciplinaire ;
- des études et recherches en sciences sociales de la santé appliquées à la lutte contre les épidémies.

En matière de savoir-faire

- des méthodes de recherche et gestion de ressources documentaires en anthropologie médicale ;
- des démarches de sélection des méthodes d'enquête, de recherche et d'intervention en sciences sociales de la santé (incluant les apports et limites des

Tableau 1. Caractéristiques principales de la formation MIAA.

Table 1. Principal characteristics of the MIAA training.

– Format global : formation courte (26 heures sur 4 jours) en présentiel, complétée par des lectures personnelles de documents mis à disposition
– Profil des apprenants : étudiants et professionnels en sciences sociales de niveau master et doctorat (9), professionnels de santé (médecins infectiologues, santé publique) (4), intervenant social (1)
– Formats pédagogiques : apports de connaissances (cours participatif), études de cas (présentation à dominante santé publique suivie d'une discussion sur les dimensions sociales), analyses de documents (films, articles, dossier documentaire), travaux de groupe, apports méthodologiques (cours magistral)
– Disciplines des formateurs : anthropologie, politologie, virologie, entomologie, santé publique avec compétences en recherche multidisciplinaire et opérationnelle
– Champ thématique : notions théoriques et appliquées concernant les dimensions sociales de la maladie, études en sciences sociales pour la santé publique, à propos de diverses épidémies : sida, Ebola, gripes, maladie de Whipple, trypanosomiase humaine africaine, SRAS et MERS

⁸ Le rapport d'évaluation de cette formation peut être consulté sur le site du Réseau anthropologie des épidémies émergentes : <https://shsebola.hypotheses.org/debats>.

Tableau 2. Problématiques identifiées et contenus pédagogiques du module MIAA.

Table 2. Issues identified and pedagogical content of the MIAA training module.

Problématiques de terrain identifiées pendant l'épidémie	Contenus pédagogiques du MIAA Notions théoriques	Études de cas (sélection)
Absence d'implication des populations et de prise en compte de leurs perceptions pour la définition des mesures de santé publique	Émique, <i>illness/disease/sickness</i> , point de vue du patient <i>vs</i> point de vue du soignant, organisation sociale et « communautés »	Connaissances et perceptions de la MVE en Guinée. Mobilisations associatives dans la lutte contre le sida et politiques de santé publique
Itinéraires de soins des malades erratiques et retards à la prise en charge	Entités nosologiques et nosologies locales, pluralisme médical et systèmes de soins, rationalités des patients	Représentations populaires des maladies, itinéraires et systèmes thérapeutiques, traitements alternatifs du sida en Afrique de l'Ouest
Rejet par la population des personnes atteintes et survivants	Théories diverses de la stigmatisation et ses causalités, effets sociaux des maladies, logiques sociales et statut de malade	Résultats d'études sur la stigmatisation des survivants à Ebola en Guinée. Expériences de lutte contre la stigmatisation dans le champ du sida
Mesures de santé publique refusées ou contournées par les populations	Acceptabilité et contextes sociaux, effets sociaux des mesures de santé publique, éthique et santé publique	Évaluations de dispositifs et mesures mis en place dans divers pays pour le SRAS et les gripes
Refus des soins et des traitements curatifs et préventifs	Adhésion et observance, relation de soin et rapport aux systèmes de santé, anthropologie du médicament	Attitudes des populations face à la vaccination en contexte épidémique (grippe A) et impact sur la confiance
Exposition au risque et hotspots (funérailles, lieux de soins)	Théories du risque (perceptions et protection), déterminants sociopolitiques de l'exposition, inégalités et vulnérabilités, logiques sociales et conflits des risques, anthropologie du risque	Pratiques funéraires et ritualisation de la mort et de la mémoire associées au sida. Genre et vulnérabilité au VIH en Afrique
Exposition des soignants et refus ou erreurs de prise en charge	Normes théoriques et pratiques, logiques professionnelles et rapports sociaux dans les institutions sanitaires, anthropologie des soins	Analyses ethnographiques hospitalières en Afrique de l'Ouest. Profils et devenir des soignants atteints par Ebola.
Rumeurs et interprétations sur l'origine de l'épidémie	Sociologie de la rumeur, connaissances et perceptions, mythes d'origine des maladies, représentations de la transmission et de la contagion	Analyses de la construction des représentations sociales du sida. Études d'une pathologie émergente méconnue (maladie de Whipple)
Impact de l'épidémie sur le système de soins	Santé globale et tensions entre global et local, anthropologie de l'urgence humanitaire	Analyse du retard du système de soins à prendre en compte la trypanosomiase en Guinée

méthodes rapides et des méthodes participatives) ;
 – les spécificités (éthiques et méthodologiques) des enquêtes qualitatives autour des maladies infectieuses ;
 – la définition commune (par des acteurs des deux champs disciplinaires) d'études en sciences sociales et santé publique.

Se démarquant d'*apriori* selon lesquels les enjeux sociaux des épidémies sont limités à la résistance culturelle des populations aux messages sanitaires et au changement de comportement, notre approche appliquait les principes suivants :

– importance accordée à la connaissance d'études et expériences antérieures concernant diverses pathologies infectieuses pour développer l'analyse comparative ;
 – attention symétrique aux populations et aux soignants, systèmes de soins et mesures sanitaires ; complémentarité et distinction entre approches socio-anthropologiques de la santé publique et dans la santé publique (ou à but de connaissance et à but opérationnel) ;

– complémentarité et distinction entre *recherche* (aux problématiques relevant des sciences sociales) et *études* (relevant de l'évaluation sociale en santé publique) ;

– nécessité de développer un corpus de connaissances *hors* crise (dans le cadre de la préparation) en partie distinct et complémentaire des connaissances à produire *pendant* la crise épidémique ;

– attention aux échelles locales, régionale (Afrique) et globale, et aux spécificités et tensions entre niveaux ;

– valeur de l'approche anthropologique visant à identifier des invariants et des spécificités propres à un contexte (socio-politique, économique ou culturel) ou une pathologie, qui la distingue d'autres approches en sciences sociales ;
 – échanges réflexifs sur les convergences et divergences entre approches de santé publique et de sciences sociales.

Quels contenus ?

La définition des contenus devait être compatible avec les contraintes de durée

de la formation. L'approche, basée sur la résolution de problèmes, a consisté à sélectionner les notions théoriques et études de cas les plus pertinentes pour répondre aux principales problématiques identifiées pendant l'épidémie d'Ebola, dans une optique de santé publique (connaissance pour l'intervention), *tableau 2*.

Les contenus ont largement reposé sur des exemples à propos de l'épidémie de sida (pathologie la plus étudiée en sciences sociales et santé publique), ce qui a été apprécié par les participants compte tenu de son importance en Guinée, et sur les travaux de recherche menés au Cerfig⁹.

Bilan et conclusion

Première formation collective réalisée en Guinée dans un cadre universitaire et un

⁹ Il s'agit notamment de l'étude PostEbogui (Étude de l'impact bioclinique et social, individuel et collectif, de la maladie à virus Ebola en Guinée, IP M. Barry et E. Delaporte, TransVIHMI-Services des maladies infectieuses).

objectif de « préparation » aux dimensions sociales des épidémies émergentes et réémergentes, la formation MIAA (Cerfig, Conakry, 2017) avait un caractère expérimental. Cette expérience, complétée par les évaluations des participants, met en lumière certains points forts et points faibles du format choisi.

Parmi les points forts, sont identifiés :
 – les apports de connaissance sur des épidémies dont les dimensions sociales étaient ignorées des participants (incluant l'épidémie de sida en Guinée) ;
 – l'approche multidisciplinaire et les enseignements fondés sur des données scientifiques actualisées¹⁰ ;
 – la mixité disciplinaire (santé publique ou infectiologie, socio-anthropologie) et statutaire (étudiants, professionnels) des participants et les travaux de groupe riches en échanges ;
 – les apports méthodologiques, complémentaires aux enseignements universitaires usuels, surtout pour la partie opérationnelle.

Parmi les points faibles, sont identifiés :

- la durée de la formation que les participants souhaiteraient comprise entre 1 et 3 semaines ;
- la nécessité de disposer d'un document de référence (de type « manuel »).

Ce bilan permettra d'ajuster les sessions ultérieures, qui devraient s'insérer dans une offre plus complète, destinée à divers publics et qui comprendrait notamment des cursus d'anthropologie et de santé communautaire ou santé publique d'intervention. Outre la formation, la préparation aux dimensions sociales des épidémies devrait aussi inclure le recensement et la mise à disposition des connaissances en socio-anthropologie sur les populations et la santé en Guinée, et plus largement en Afrique de l'Ouest. Enfin, la production de nouvelles connaissances devrait être soutenue en Guinée pour prétendre à être préparé à faire face aux dimensions sociales de nouvelles épidémies.

Liens d'intérêts : Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts en rapport avec cet article.

Références

1. Moon S, Sridhar D, Pate MA, *et al.* Will Ebola change the game? Ten essential reforms before the next pandemic. The report of the Harvard-LSHTM Independent Panel on the Global Response to Ebola. *Lancet* 2015 ; 386 : 2204-21.
2. Belfroid E, Timen A, Van Steenbergen JE, Huis A, Hulscher MEJL. Which recommendations are considered essential for outbreak preparedness by first responders? *BMC Infect Dis* 2017 ; 17 : 195.
3. Asch SM, Stoto M, Mendes M, *et al.* A review of instruments assessing public health preparedness. *Public Health Rep* 2005 ; 120 : 532-42.
4. OMS. Communication pour un impact comportemental (COMBI) [Internet]. Genève : OMS, Unicef, FAO ; 2012 [cité 8 août 2014]. Report n° : WHO/HSE/GCR/2012.13. http://www.who.int/ihr/publications/COMBI_Tool-Kit_fr.pdf?ua=1 (consulté le 7-1-2018).
5. Abramowitz S. Epidemics (Especially Ebola). *Annu Rev Anthropol* 2017 ; 46 : 421-5.
6. Desclaux A, Anoko J. L'anthropologie engagée dans la lutte contre Ebola (2014-2016): approches, contributions et nouvelles questions. *Santé Publique* 2017 ; 29 : 477-85.

¹⁰ Ceci est lié aux profils des intervenants, tous chercheurs en activité (IRD, université Gamal Nasser de Conakry).