

Au-delà du biomédical : La riposte contre le virus Ébola et le rétablissement à travers une optique psychosociale



Démonstrations de l'utilisation des EPI et jeux de rôle à New Kru Town.
IMAGE: THERESA JONES

Durant la flambée épidémique du virus Ébola survenue en 2014-16, l'International Rescue Committee (IRC) basé à Monrovia, au Libéria, a tenté d'examiner la riposte sanitaire d'urgence sous trois angles différents : médical ; prévention et contrôle des infections ; et psychosocial. Le terme « psychosocial » fait référence à la corrélation entre l'esprit et les facteurs sociaux, tous fondés sur l'influence critique de la culture. De nombreuses interventions sanitaires d'urgence intègrent différents éléments à la prestation de soins médicaux, tels que la prévention et le contrôle des infections (PCI) et les questions relatives à l'eau, l'assainissement et l'hygiène (EAH). Toutefois, il est moins fréquent qu'une valeur égale soit accordée aux approches psychosociales dans le cadre d'une riposte d'urgence. Cette étude de cas réalisée par la SSHAP présente la manière dont l'équipe de l'IRC au Libéria a utilisé une optique psychosociale pour obtenir une perspective différente et ouvrir des voies afin de mieux répondre à l'épidémie de virus Ébola.

Le défi : l'impact psychosocial du virus Ébola

En mars 2014, la maladie à virus Ébola (MVE) a commencé à créer une atmosphère mortelle, effrayante, et déroutante au Libéria. La riposte initiale en matière de santé publique a été principalement biomédicale, axée sur l'isolement des cas présumés et la mise en quarantaine de leurs contacts. Des centres de traitement d'Ébola (CTE) ont été construits, souvent derrière de hauts murs et des barbelés. En raison de la mauvaise communication initiale de la part de la riposte concernant leur objectif, et du fait que la guerre civile soit une réalité récente, de nombreuses histoires effrayantes au sujet des « camps Ébola » se sont propagées parmi les voisins et les communautés. Poussées par la peur, les populations ont dissimulé des proches malades et ont continué à réaliser leurs propres cérémonies funéraires en secret.

« **... il est devenu évident que la prise en compte des aspects humains inhérents à l'intervention d'urgence et au rétablissement ne se limitait pas à prendre les mesures qui s'imposaient, mais qu'il s'agissait d'un élément nécessaire pour garantir l'efficacité des activités.** »

La riposte ne comprenait pas pourquoi les populations ne suivaient pas le protocole biomédical. On entendait les Libériens dire « Il existe des choses pires que la mort ». La confiance était devenue le facteur essentiel pour la mise en œuvre d'un programme réussi, mais son instauration s'est également avéré le défi le plus important. Au milieu de ce choc significatif de cultures et de valeurs, le nombre de cas a augmenté et il est devenu

évident que la prise en compte des aspects humains inhérents à la riposte d'urgence et le relèvement ne se limitait pas à prendre les mesures qui s'imposaient, mais qu'il s'agissait d'un élément essentiel pour garantir l'efficacité des activités.

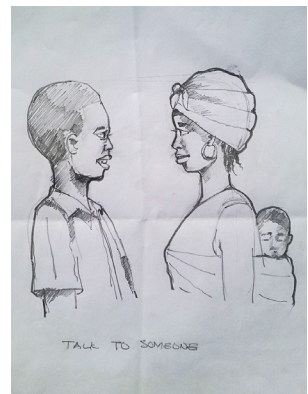
Le programme : la recherche-action participative

Un domaine clé au sein duquel l'approche sous trois angles était essentielle concernait le traitement contre la maladie. En septembre 2014, l'IRC a initié la construction d'une CTE à Monrovia. Afin de garantir des soins sécurisés et appropriés, ce qui est essentiel lors d'une évaluation de triage, l'équipe a examiné en détail chaque élément inhérent à la construction et à la préparation sous trois angles :

- **Médical** : Quelles sont les questions essentielles à poser en cas de soupçon d'un cas de virus Ébola ?
- **Prévention et contrôle des infections** : Les distances entre patients et entre membres du personnel et patients sont-elles suffisantes pour empêcher la propagation de l'infection ?
- **Psychosocial** : De quelle manière pouvons-nous permettre aux populations de se sentir suffisamment en sécurité pour répondre honnêtement à nos questions ?

Tandis que des protocoles médicaux ont été établis et que des systèmes de l'eau, l'assainissement et l'hygiène (EAH) ont été mis en œuvre, l'équipe psychosociale, qui a été recrutée parmi la communauté environnante, a organisé des visites de l'CTE qui allait bientôt ouvrir afin de comprendre et de répondre aux rumeurs. Cela a permis d'instaurer la confiance, dans la mesure où la communauté environnante s'est sentie à même de visiter le site et de poser des questions à l'équipe concernant la riposte globale.

Tandis que le nombre de cas a commencé à baisser, les bonnes relations établies avec les communautés locales ont permis à l'équipe d'amorcer la réparation des dommages à la cohésion sociale et le bien être causés par les perceptions du virus Ébola. En dépit du fait que les CTE étaient généralement redoutées et évitées au Libéria, le site de l'CTE de l'IRC à Monrovia s'est rapidement



Les supports d'information conçus pour faciliter les discussions avec les membres de la communauté illustrent les différentes étapes du triage au point d'entrée de l'établissement de santé, ainsi que la possibilité de « parler à quelqu'un ».

IMAGE: THERESA JONES

transformé en un Centre de ressources communautaires doté d'un espace de loisirs sécurisé pour les enfants. Le centre a également accueilli des groupes de soutien pour les individus touchés par le virus Ébola.

Le renforcement des systèmes de santé est essentiel pour la prestation continue et sécurisée de services de santé généraux, et la complexité inhérente a été illustrée au sein du plus grand hôpital public gratuit du Libéria. La fermeture temporaire des services d'hospitalisation du Redemption Hospital pendant six mois lors de la flambée épidémique a été décidée après que 12 membres du personnel soient décédés du virus Ébola, et du fait des violences perpétrées au sein de la communauté environnante (en raison de tensions historiques et de nouveaux actes de violence générés par l'insatisfaction à l'égard du rôle de l'hôpital durant la flambée

“...les intervenants humanitaires doivent regarder au-delà de l'optique biomédicale afin de minimiser les dommages causés par les catastrophes et de garantir des interventions efficaces parmi des programmes de santé globaux.”

épidémique). La réouverture des services d'hospitalisation a nécessité une désinfection complète, et une priorité absolue accordée aux services sécurisés, au triage efficace, et aux médicaments et équipements adéquats. De nombreux membres du personnel de l'hôpital ont d'abord refusé de travailler parce qu'ils étaient employés ailleurs, qu'ils avaient trop peur de la communauté environnante ou qu'ils étaient trop frustrés par les nouvelles mesures de sécurité pour s'acquitter de leurs

tâches comme auparavant. De nombreux membres de la communauté ont refusé d'envisager de recourir de nouveau aux services hospitaliers.

L'équipe de l'IRC qui a facilité la réouverture des services d'hospitalisation a pris en considération l'importance accordée à la confiance et à une bonne communication entre les patients et les soignants en tant qu'élément clé pour protéger l'établissement et les patients. Les membres du personnel ont participé à des activités de soins personnels et d'entraide et ont travaillé à l'amélioration de leurs interactions avec les patients. La direction de l'hôpital a organisé des réunions avec les dirigeants communautaires afin de garantir leur participation au processus de réouverture. Des agents sanitaires se sont rendus à New Kru Town pour faire des démonstrations de l'utilisation des équipements de protection individuelle (EPI) et apaiser les craintes selon lesquelles les EPI signalaient la présence du virus Ébola au sein de l'établissement de santé. Des membres communautaires bénévoles portaient des EPI et ont organisé des interactions sous forme de jeux de rôle



Démonstrations de l'utilisation des EPI et jeux de rôle à New Kru Town.

IMAGE: THERESA JONES

avec l'agent sanitaire qui, à son tour, s'est « mis à la place » des patients, en tant que voie d'établissement de l'empathie et de la compréhension mutuelles.

L'hôpital a retrouvé sa capacité à fournir des services de première nécessité à la population, et une communication efficace au point de triage a permis à de nombreux cas de virus Ébola d'être traités de manière sécurisée et efficace avant d'être admis à l'hôpital.

Une approche aussi intégrée a rendu difficile la distinction de la valeur ajoutée inhérente à l'optique psychosociale. Une évaluation qualitative réalisée avec les membres du personnel a mis en évidence un sentiment plus important de sécurité sur le lieu de travail, une confiance accrue dans la prestation de soins de qualité, et également un sentiment accru de fierté et de valeur. Une étude quantitative a permis de vérifier ces constatations : les facteurs de motivation les plus importants signalés incluaient l'engagement au travail et les relations harmonieuses entre les membres du personnel. Tandis que les incitations financières étaient importantes, les conclusions ont révélé qu'elles représentaient le facteur le moins important (Miller 2016). Une enquête communautaire a également révélé des améliorations significatives dans la manière dont les membres du personnel faisaient preuve de respect vis-à-vis des patients, dans la perception de la qualité des soins, et dans la relation globale entre l'établissement et la communauté (Jones et al. 2018).

Enseignements tirés : intégration de la riposte psychosociale

Les questions d'ordre psychosocial doivent être prises en considération dans le cadre de tous les programmes d'urgence sanitaire. Les activités les plus susceptibles de favoriser la transmission du virus Ébola sont celles qui sont profondément significatives sur le plan social et psychologique, comme par exemple s'occuper de personnes malades ou laver les corps de proches avant les inhumations. Si la riposte ignorent les « facteurs

humains » d'une telle crise, les programmes ne seront pas efficaces, les individus ne s'impliqueront pas nécessairement comme prévu ou comme ils le « devraient ». En outre, la communauté humanitaire peut activement « causer du tort » en créant ou en contribuant à la détresse et à d'autres conséquences d'ordre psychosocial et social négatives (involontaires). Pourtant, chaque activité présente le potentiel de promouvoir activement le bien-être par la façon dont elle est réalisée ; par exemple, en veillant à ce qu'elle favorise également un sentiment de sécurité, de calme, d'efficacité personnelle ou communautaire, de connexion, et d'espoir dans chaque action (Hobfall et al. 2007).

Les aspects socioculturels inhérents à la santé mentale, au bien-être psychosocial, et aux soins doivent également être pris en considération. La compréhension de la détresse et des troubles varient d'un contexte à l'autre, en s'étendant généralement sur des cadres spirituels, sociaux, psychosociaux et/ou biomédicaux, et cela est susceptible de déterminer quelles interventions sont acceptables et efficaces. Ceci doit être bien compris par ceux qui souhaitent intervenir.

Les structures locales constituent la matrice de l'aide psychosociale communautaire et ne doivent pas être négligées ni compromises par de « nouvelles » activités de riposte, mais plutôt impliquées en tant que canaux de prise en charge contextuellement appropriés potentiels.

De manière plus générale, les intervenants humanitaires doivent regarder au-delà de l'optique biomédicale afin de minimiser les dommages par les catastrophes et de garantir des interventions efficaces parmi les programmes de santé globaux. Il existe une nécessité de comprendre les valeurs et les traditions culturelles des autres et de comprendre les nôtres. Plus précisément, nous devrions comprendre la manière dont la biomédecine est, en soi, une « culture » et n'est pas infaillible. Comme l'a démontré la flambée épidémique du virus Ébola, les valeurs et les pratiques culturelles sont profondément ancrées, même lorsqu'elles semblent n'avoir « aucun sens » ; pourtant, en parallèle, les humains sont intrinsèquement flexibles et adapteront leurs actions aux nouvelles informations. Le fait de travailler avec, et non contre cette dynamique s'avérera fructueux et permettra de renforcer les systèmes de santé.

Lectures complémentaires

Hobfall, S.E. et al. (2007) 'Five Essential Elements of Immediate and Mid-Term Mass Trauma Intervention: Empirical Evidence'. *Psychiatry* 70.4: 285–315

IASC (2015) *Mental Health and Psychosocial Support in Ebola Virus Disease Outbreaks. A Guide for Public Health Programme Planners*, Geneva: Inter-Agency Standing Committee

Jones, T.E. et al. (2018) 'Rebuilding People-Centred Maternal Health Services in Post-Ebola Liberia Through Participatory Action Research', *Global Public Health* 13.11: 1650–69

Miller, L. (2016) 'Whenever Light Enters Darkness, the Places Becomes Bright', Evaluation of IRC support of the restoration of health services at Redemption Hospital, Monrovia: International Rescue Committee

Nous connaître

L'objectif de la plateforme Social Science in Humanitarian Action (SSHAP) est d'établir des réseaux de spécialistes en sciences sociales possédant une expertise régionale et les connaissances nécessaires pour fournir rapidement des renseignements, des analyses et des conseils adaptés à la demande et sous des formes accessibles, afin de mieux concevoir et mettre en œuvre des interventions d'urgence. La SSHAP est un partenariat entre l'Institute of Development Studies (IDS), la London School of Hygiene and Tropical Medicine (LSHTM), Anthrologica et le programme Communication for Development (C4D) de l'UNICEF.



Social Science in Humanitarian Action

E info@socialscienceinaction.org W www.socialscienceinaction.org



USAID
FROM THE AMERICAN PEOPLE

Cette étude de cas fait partie d'un portefeuille inhérent aux enseignements tirés des épidémies en matière de sciences sociales et a reçu le soutien du bureau des États-Unis pour l'assistance à l'étranger en cas de catastrophes naturelles (OFDA) et de l'UNICEF.

Mentions

Cette étude de cas SSHAP a été élaborée par **Theresa Jones**, Anthrologica.

Référence : Jones, T. (2020) Au-delà du biomédical : La riposte contre le virus Ébola et le rétablissement à travers une optique psychosociale, Étude de cas SSHAP Numéro 3, UNICEF, IDS et Anthrologica.

Ce document a été financé par l'UNICEF et le bureau de l'agence des États-Unis pour le développement international (USAID) du bureau des États-Unis pour l'assistance à l'étranger en cas de catastrophes naturelles (OFDA). Toutefois, les opinions exprimées ci-après sont celles de l'(des) auteur(s) et ne reflètent pas nécessairement celles de l'USAID, de l'OFDA, ou des partenaires de la plateforme Social Science for Humanitarian Action (SSHAP).



Ceci est un document en libre accès distribué selon les modalités de la version 4.0 de la licence internationale Creative Commons Attribution (CC BY), qui autorise l'utilisation, la distribution et la reproduction sans restriction sur tout support, à condition que les auteurs d'origine et la source soient crédités et que toute modification ou adaptation soit indiquée. <https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/legalcode.fr>

© SSHAP 2020