

Enseignements tirés de la grippe et du SRAS en matière de sciences sociales

Dans cette série « Les sciences sociales dans le contexte des épidémies », plusieurs aspects de précédentes flambées épidémiques sont passés en revue afin d'identifier les « points d'entrée » inhérents aux sciences sociales pour les interventions d'urgence et les activités de préparation. Ces éléments de preuve seront réunis afin de déterminer des moyens tangibles de mieux aborder la dynamique sociale, politique et économique des épidémies. ; et pour veiller à ce que les interventions s'appuient sur les ressources sociales et culturelles des communautés qu'elles visent à soutenir. Cette synthèse des enseignements tirés élaborée par le SSHAP examine les enseignements inhérents aux dimensions sociales d'épidémies de grippe et de SRAS passées et récentes, en mettant en évidence des recommandations destinées à des ripostes futures.



Des habitants de Mexico portent des masques dans un train en raison de la flambée épidémique de grippe A (H1N1) survenue dans toute la région environnante.

PHOTO: ENEAS DE TROYA FROM MEXICO CITY, MÉXICO / CC BY 2.0

1 Les virus pandémiques de grippe et de SRAS sont davantage susceptibles d'émerger et de se propager au sein d'environnements animaliers (volaille et porcs) et/ou humains surpeuplés.

Le surpeuplement urbain, l'évolution des schémas migratoires humains et animaliers, l'expansion humaine au sein des habitats animaliers et la production animalière industrielle à grande échelle contribuent à alimenter la reconfiguration et la propagation des virus de la grippe. L'émergence de la grippe zoonotique est engendrée par les systèmes agricoles industrialisés, en particulier ceux qui opèrent au sein de régions non industrialisées ou en cours d'industrialisation. Pour répondre au potentiel élevé de circulation

inter-espèces (par exemple, des cochons à l'homme comme cela a été le cas lors de la pandémie de grippe A (H1N1) survenue en 2009, également appelée grippe porcine), une approche commune entre les organisations de protection des animaux et de santé publique est nécessaire. Il est nécessaire d'accroître la capacité d'adopter des approches holistiques conjointes en matière de santé humaine, animale et environnementale (One Health) au sein des agences de la riposte, ce qui suppose un apprentissage dans le domaine des sciences humaines, animales et écologiques, y compris en matière de sciences sociales. L'urbanisation et la densification se produisent rapidement dans de nombreuses régions du monde, mais les tendances à travers et à l'intérieur des villes varient considérablement. La forme et l'étendue de l'urbanisme peuvent avoir une influence significative sur les risques pour la santé. Les mesures stratégiques qui ignorent ou tentent d'endiguer l'urbanisation peuvent mener à une expansion informelle étendue avec une faible capacité de contrôle des maladies (par exemple, surpeuplement, assainissement, prestations de service et gouvernance). La santé publique et la planification urbaine peuvent être intégrées afin d'améliorer la santé publique et d'élaborer des plans réalisables visant à atténuer les risques de maladies.

- Impliquer les producteurs industriels et les petits exploitants dans la conception et la mise en œuvre de réglementations appropriées et efficaces (biosécurité), et veiller à ce qu'une législation soit mise en œuvre et à ce que les exploitations agricoles soient bio sécurisées.
- Promouvoir l'élevage intensif à petite échelle avec un nombre d'animaux plus restreint et des mesures de biosécurité adaptées à l'échelle locale, avec l'utilisation d'antibiotiques à des fins thérapeutiques uniquement.
- Encourager les autorités locales à tenir compte de la transmission des maladies dans leur aménagement urbain, et soutenir les exercices de planification d'urgence pour identifier les risques et élaborer des plans de contrôle des maladies à l'échelle de la ville et des quartiers.
- Promouvoir les échanges d'apprentissage et la communication en temps réel entre les agents sanitaires de grippe animale et humaine impliqués dans la surveillance et la riposte, et les spécialistes de l'environnement et des sciences sociales.

2 La taille de l'exploitation agricole et l'intensité de la production de porcs et de volaille détermine le risque de grippe zoonotique ; les mesures de contrôle peuvent avoir des impacts disproportionnés sur les exploitations agricoles à faible risque.

L'impact des mesures de contrôle varie selon les différents groupes de moyens de subsistance. Par exemple, les exploitations industrielles à grande échelle sont susceptibles de présenter un risque plus élevé de grippe (par exemple, mutations, transmission rapide, nombres de cas plus élevés) que les exploitations d'élevage non intensif à petite échelle, mais elles sont davantage en mesure de survivre aux interdictions commerciales ou aux procédures de biosécurité d'urgence. Les petites exploitations sont plus vulnérables aux conséquences négatives des mesures de contrôle (par exemple, perte de bétail et/ou de moyens de subsistance). La riposte contre la grippe épizootique H5N1 (également appelée « grippe aviaire », survenue parmi des élevages de volaille en Chine en 1996 et en 2003, dans la propagation à d'autres pays), a transformé l'industrie avicole en Asie et à mettre au chômage de nombreux petits producteurs de volaille. Par conséquent, les éleveurs d'animaux en basse-cour, ainsi qu'à petite, moyenne et grande échelle (orientés vers les exportations et orientés vers le marché local), les négociants du marché de produits frais, les abattoirs de viande et l'industrie de la découpe auront des points de vue différents sur les mesures de riposte et les différents degrés d'influence politique, et les impacts variables doivent être pris en considération.

- Identifier et distinguer la manière dont les différentes méthodes de production sont liées à l'émergence accrue de la grippe, et la manière dont les différents groupes de moyens de subsistance seront touchés par les mesures de prévention. Intégrer une diversité d'agriculteurs et de producteurs au sein des processus participatifs afin de déterminer les lignes d'action visant à atténuer les menaces et les ripostes épidémiques.
- Améliorer la biosécurité des exploitations agricoles de grande taille et de taille moyenne au sein des pays en cours d'industrialisation et examiner les mesures de biosécurité qui sont adaptées à l'élevage à petite échelle et en basse-cour.

3 Les systèmes de surveillance peuvent être renforcés par l'inclusion de prestataires de soins de santé non biomédicaux et de contributions non liées à la santé.

C'est souvent aux médecins privés, commerçants de produits pharmaceutiques, herboristes, guérisseurs, etc. que les populations font premier appel lorsqu'elles sont malades. Par conséquent, ces prestataires sont susceptibles d'être les premiers à percevoir des augmentations parmi les patients présentant des symptômes semblables à ceux de la grippe. Dans le cadre de l'approche de surveillance « One Health », l'intégration de prestataires de soins alternatifs au sein des systèmes d'information sanitaire peut aider à détecter les épidémies à un stade précoce. La surveillance à base communautaire (SBC), et l'identification par le biais de recherches sur Internet, de la radio et du téléphone portable se sont avérées utiles lors de précédentes épidémies de grippe.

- Soutenir les réseaux de surveillance au sein des pays en développement qui s'étendent au-delà des services biomédicaux afin d'intégrer des prestataires de soins alternatifs, une expertise et des données non liées à la santé, et une surveillance à base communautaire.

4 Les systèmes de surveillance doivent intégrer le fait que la grippe et le SRAS impliquent un ensemble de symptômes dont on peut parler en termes et catégories différents selon les origines culturelles.

Les populations sont susceptibles d'interpréter et de décrire les symptômes de la grippe ou du SARS de manières qui diffèrent de la compréhension biomédicale (par exemple, changements d'humeur, déséquilibres de la chaleur corporelle). Il est possible que chaque ensemble de symptômes (respiratoires, digestifs, nerveux) soit attribué à des causes différentes, y compris des causes pas naturelles, et, par conséquent, les populations sont susceptibles d'avoir recours à différents prestataires de soins de santé et traitements pour ces causes.

- Réaliser une étude anthropologique de différents groupes sociaux afin de répondre aux questions ci-dessous, et tenir compte des implications pour les systèmes d'information de surveillance :
 - De quelle manière différents groupes sociaux comprennent/interprètent-ils les symptômes ? Comment parlent-ils de la maladie (quels concepts/quelles catégories) ?
 - De quelle manière contrastent-ils avec les résultats épidémiologiques et les descriptions biomédicales ?
 - Quelles sont les différentes compréhensions des mécanismes causaux de la maladie (par exemple, humeurs, microbes, chaud-froid, sorcellerie, esprits) et de quelle manière ces éléments sont-ils liés à des symptômes respiratoires ou autres (neurologiques, etc.) ?
- Les compréhensions ci-dessus sont susceptibles de se développer tout au long de l'épidémie. La surveillance des changements peut être effectuée par le biais d'enquêtes réitérées par petites touches dans les centres de santé.

5 La vitesse de transmission variera avec chaque souche, ce qui est susceptible de contraster avec les idées locales de la transmission.

Le virus de la grippe A (H5N1), en particulier, présentait une transmission interhumaine limitée, et le SRAS était plus difficile à transmettre que la grippe saisonnière (par des gouttelettes inhalées et des objets contaminés). Le virus de la grippe A (H5N1) est survenu parmi les personnes qui avaient été en contact avec des oiseaux, puis parmi les contacts proches de ces personnes (membres de la famille partageant la même chambre, infirmières, aidants, etc.). Toutefois, la pandémie de grippe A (H1N1) survenue en 2009 a été plus efficace en termes de transmission interhumaine, pourtant, le public ne l'a pas considérée comme représentant un danger dans la mesure où de nombreuses personnes l'ont associée à la grippe saisonnière et ont estimé que la flambée épidémique avait été exagérée par les autorités. Avec la grippe saisonnière, l'on dispose d'une immunité parmi la population, mais avec un nouveau virus pandémique, il y a peu, voire aucune immunité parmi la population.

Identifier l'efficacité de la transmission du virus et la comparer aux compréhensions locales de la transmission et des risques, ainsi qu'aux flambées épidémiques de grippe antérieures susceptibles d'éclairer les points de vue du public. Dissiper les idées fausses au moyen de communications, notamment en notant s'il existe des différences par rapport à l'expérience antérieure.

6 La vulnérabilité à l'infection et à la mortalité grippales humaines est déterminée par des facteurs biologiques et sociodémographiques.

Lorsqu'il y a une transmission interspèces provenant de la volaille ou des porcs, les personnes qui travaillent en étroite collaboration avec les animaux seront particulièrement vulnérables, comme par exemple les travailleurs des fermes d'élevage. Des différences surviennent concernant l'impact sur l'homme en tant qu'association du virus, de facteurs hôtes et d'accès aux services de santé. La vulnérabilité peut dépendre de la mortalité due à une réaction immunitaire excessive, comme dans le cas de la grippe espagnole, ou de l'effet de la maladie elle-même et de ses complications (par exemple, pneumonie) : en 1918, un nombre plus important de jeunes et de personnes en bonne santé sont décédés, tandis que les victimes de la grippe saisonnière sont souvent les nourrissons, les personnes âgées et les individus immunodéprimés. La grippe est une syndémie, elle opère en association avec d'autres maladies, telles que la tuberculose, la variole, la rougeole, la pneumonie bactérienne, le VIH/SIDA et la malnutrition, ces maladies sont beaucoup plus répandues dans les pays en développement, ce qui explique les taux de mortalité plus élevés. Les individus souffrant de maladies chroniques sous-jacentes, les jeunes enfants, les personnes très âgées, et les femmes enceintes, sont exposés à un risque élevé de complications graves. En raison de la marginalisation économique et sociale, les populations à faible revenu, les minorités ethniques et les populations indigènes ont été associées à des taux de mortalité plus élevés. Les communautés isolées peuvent échapper à l'infection ou la retarder ; mais l'éloignement peut également signifier qu'en cas d'infection, le traitement médical est éloigné. Les membres du personnel soignant et les aidants sont davantage vulnérables aux infections (pas à la gravité des complications), et il s'agit généralement de professions et d'activités spécifique au genre.

- Identifier les populations vulnérables (risques liés au travail, personnes âgées, immunodéprimés, nourrissons, femmes enceintes) et faciliter l'isolement initial et le traitement rapide des symptômes en cas de flambée épidémique.
- Pour les patients marginalisés (groupes indigènes, minorités ethniques, personnes démunies) garantir leur accès aux soins et au traitement contre la grippe et les maladies sous-jacentes. Pour ce faire, il conviendra d'identifier les besoins culturels spécifiques et d'y répondre par le triage et le traitement.
- Veiller à ce que les ressources destinées aux pays du Sud affectés suffisent pour répondre simultanément aux épidémies de grippe et aux autres maladies concomitantes.

7 Les messages inhérents à la prévention des risques doivent être basés sur des valeurs partagées et diffusés par des intermédiaires de confiance.

Les messages de santé publique circulent au sein d'un vaste réseau d'informations : entre pairs, SMS, réseaux sociaux etc. Ces sources sont susceptibles de fournir des récits différents sur l'épidémie. La confiance dans le système de santé et la riposte doivent être établies au fil du temps ; il ne s'agit pas d'une propriété statique. L'adoption des recommandations en matière de prévention des risques a atteint son apogée lorsque les messages ont été diffusés par des intermédiaires dignes de confiance et qu'ils étaient basés sur des valeurs et une confiance partagées. Selon le groupe social, différentes personnes disposeront de la confiance et de la légitimité ; ces personnes doivent être identifiées dans la mesure où elles sont essentielles pour rendre les connaissances exploitables. Ces intermédiaires peuvent être des dirigeants communautaires, des chefs religieux, des personnes de confiance dans les médias, les établissements d'enseignement ou les entreprises, etc.

- Identifier les intermédiaires locaux dignes de confiance, en regardant au-delà des personnes ayant une autorité et un leadership formels.
- Établir des relations et des sources de confiance avec les médias. Garantir des messages cohérents et actualisés, et faire preuve de transparence concernant les erreurs de reportage antérieures.
- Les messages inhérents à la maladie et aux méthodes de prévention doivent être formulés en fonction du point de vue et de la langue des communautés affectées, et par le biais d'intermédiaires/de médiateurs de confiance, y compris les prestataires de soins de santé alternatifs.

8 L'histoire et les relations politiques peuvent impliquer que des groupes spécifiques soient exposés au risque d'être victimes de stigmatisation lors d'une pandémie de grippe.

Les différences de pouvoir entre les différents groupes sociaux peuvent jouer un rôle de stigmatisation ou de bouc émissaire lorsqu'une épidémie se déclare. Par exemple, les éleveurs de porc chrétiens en Égypte ont été stigmatisés durant l'épidémie de grippe A (H1N1) survenue en 2009. Ils ont été accusés d'héberger des maladies et leurs élevages de porcs ont été abattus par l'État même lorsque les données épidémiologiques n'étaient pas la mesure.

- Comprendre la manière dont les différents groupes sociaux sont caractérisés et différenciés au niveau local (par eux-mêmes et par des tiers), en intégrant le contexte historique à ces identités.
- Identifier et surveiller la dynamique du pouvoir entre les groupes sociaux susceptible de mener à la stigmatisation et au bouc émissaire dans le cas d'une épidémie et aborder les tendances négatives dans la programmation.
- Éviter la stigmatisation de groupes ou de secteurs en leur donnant leur nom à l'épidémie (par exemple, grippe porcine, grippe mexicaine).

9 La non-divulgence d'information au public est potentiellement très dommageable.

Lorsque le public estime que les rapports ne sont pas exacts, il cherchera d'autres sources d'informations et perdra confiance dans la riposte. Lors de la pandémie de grippe A (H1N1) survenue en 1918, le silence des autorités américaines s'est traduit par une méfiance vis-à-vis des systèmes de santé, ce qui a contribué à alimenter l'épidémie et la recherche d'explications non biomédicales et de remèdes alternatifs.

Les liens entre l'industrie pharmaceutique et les experts impliqués dans le contrôle de l'épidémie sont susceptibles d'alimenter les théories du complot et les hypothèses d'intérêts acquis lorsque le public perçoit qu'ils ne sont pas divulgués de manière appropriée. Lors de la pandémie de grippe A (H1N1) survenue en 2009, la neutralité de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) a été mise en doute lorsque les populations ont pensé que le risque avait été surestimé au profit des fabricants de produits pharmaceutiques qui devaient tirer profit des stocks de médicaments.

- Faire preuve de transparence en ce qui concerne les connaissances relatives à l'épidémie et être ouvert quant aux limites des données.
- Les institutions telles que les gouvernements nationaux ou l'OMS doivent faire preuve de transparence en ce qui concerne leur relation avec les « experts » et l'industrie pharmaceutique afin d'expliquer la manière dont ils gèrent les conflits d'intérêt.

10 Les approches volontaires sont préférables aux approches coercitives lorsque l'on cherche le respect aux restrictions de déplacement, à la mise en quarantaine et à la distanciation sociale.

Les mouvements coercitifs et les restrictions commerciales, ainsi que la distanciation sociale forcée peuvent porter atteinte aux libertés individuelles et miner les moyens de subsistance, et sont susceptibles d'être accueillis avec résistance. L'efficacité de ces mesures de prévention non thérapeutiques dépend de la facilité de transmission, et de manière générale, ont mieux fonctionné avec les épidémies de SRAS et du virus de la grippe A (H5N1) survenus en 2003 chez les humains qu'avec les pandémies de grippe A (H1N1) par voie aérienne survenues en 1918 et 2009. Les restrictions de déplacement et la mise en quarantaine peuvent jouer un rôle positif au niveau local lorsque les communautés sont isolées. Par exemple, dans le cas de la pandémie de grippe A survenue aux États-Unis en 1918, le contrôle des déplacements de personnes entre les communautés a contribué à réduire la propagation. Aux États-Unis, les villes ayant mis en œuvre la fermeture des écoles, la suppression des rassemblements publics, l'isolement et la quarantaine, ont contribué à réduire les taux de mortalité. Lorsque les communautés ont été impliquées et sont bien informées, elles se sont montrées disposées à jouer un rôle de premier plan dans les mesures de prévention et à se conformer volontairement.

Les autorités locales et les organisations de la société civile peuvent jouer un rôle dans la mise en œuvre de ces mesures. Il est essentiel d'obtenir le soutien de la communauté par le biais des réseaux sociaux ; les églises, les clubs sociaux, les écoles, les organisations syndicales, les organisations professionnelles, etc. peuvent assumer la responsabilité des activités inhérentes à la prévention et aux soins à domicile.

- Les restrictions de déplacement fonctionnent mieux lorsqu'elles sont gérées et mises en œuvre par les communautés et les institutions locales. L'équilibre entre les résultats positifs (atténuer la propagation) et les résultats négatifs (pertes de moyens de subsistance, de libertés humaines) doit être négocié avec les communautés lors de la phase de préparation et dans le cadre de la riposte, en visant une conformité volontaire plutôt que forcée.
- Obtenir le soutien des institutions locales, des réseaux sociaux et communautaires avant et pendant la riposte.

11 Les populations sont susceptibles d'avoir recours à des prestataires de soins de santé alternatifs pour obtenir un traitement contre la grippe ou le SRAS.

Les populations touchées lors de précédentes flambées épidémiques de grippe ont obtenu un traitement auprès de prestataires de soins de santé alternatifs ainsi que de centres de santé. Ceci pour plusieurs raisons (par exemple, confiance, coût, croyance dans différents modèles de maladie, distance des centres de santé, relations et préférences personnelles). Dans les systèmes de santé pluralistes, la biomédecine coexiste avec les remèdes maison, les herboristes et guérisseurs religieux, les médecins privés, les pharmaciens, etc.

- Collaborer avec les prestataires de soins de santé alternatifs, en partageant les connaissances sanitaires (par exemple, les moyens d'éviter la contagion) et établir ensemble des mécanismes d'orientations vers des cliniques biomédicales.

12 Les systèmes de triage, d'hospitalisation et d'allocation des ressources doivent être transparents.

L'utilisation d'équipements de protection, les processus de triage, l'utilisation de tentes et de chambres d'isolement et de respirateurs sont susceptibles de créer un obstacle avec la communauté. La nécessité de séquestration des patients peut mener à la résistance et à l'évitement, et de susciter des rumeurs et des théories du complot au sujet du traitement et des objectifs ultimes de la riposte contre l'épidémie. Lorsque les individus se rendent effectivement à l'hôpital, les ressources spécifiques à la grippe (par exemple, les lits ventilés au sein des unités de soins intensifs) peuvent être rares. Ceci peut contribuer à générer des incompréhensions quant aux critères utilisés pour accorder

la priorité à certains patients plutôt qu'à d'autres. Les mécanismes d'allocation des ressources, lorsqu'ils ne sont pas transparents, sont susceptibles de créer la méfiance, l'anxiété et des rumeurs de mauvaise gestion.

- Évaluer les connotations qu'ont les équipements de protection personnelle, le triage et les mesures d'hospitalisation pour le public, et collaborer avec les communautés pour expliquer les processus et obtenir leur contribution à la conception. Les critères d'accès aux ressources limitées doivent être transparents (par exemple, lits ventilés).
- Soutenir les soins communautaires et à domicile pour les patients dont le pronostic vital n'est pas affecté afin d'atténuer la surcharge des établissements de santé. Cela implique la mise en place de systèmes de triage afin de maintenir les patients à faible risque à domicile, la fourniture de vaccins et de packs antiviraux si disponibles, et des liens avec les institutions de soins sociaux et les organisations communautaires pour fournir de la nourriture et de l'aide le cas échéant.

13 Les expériences du personnel soignant doivent être examinées attentivement.

Les infirmières et le personnel soignant auront une compréhension et des approches de la maladie qui sont enracinées dans leur expérience professionnelle et qui peuvent contraster avec les évaluations épidémiologiques. Les membres du personnel sont susceptibles d'avoir une perception différente du risque d'infection et des degrés de confiance différents dans les systèmes et procédures pour soigner les patients atteints de la grippe. En tant que groupe qui risque sa vie et travaille sous pression, ils nécessitent du soutien et de l'empathie. Il est possible d'aliéner le personnel soignant si ses opinions et ses expériences sont rejetées ou ne sont pas prises en compte par les haut responsables ou les autorités. Aux États-Unis, lors de l'épidémie de grippe survenue en 1918, de nombreux membres du personnel soignant avaient fui les villes avec leurs patients lorsque ce soutien n'était pas disponible. Le personnel médical est également exposé au risque d'être victime de stigmatisation.

- Donner aux membres du personnel soignant la possibilité de partager leurs compréhensions de l'épidémie, et de discuter et évaluer la manière dont elles sont susceptibles de différer des évaluations épidémiologiques. Créer un environnement de travail sécurisé et de soutien, avec une reconnaissance des risques et de l'expertise pratique du soignant.
- S'assurer que les messages contrecarrent le fait que le personnel médical et le personnel soignant sont susceptibles d'être les boucs émissaires.

14 Préparer les fournisseurs de services mortuaires et funéraires à la mortalité de masse et veiller à ce que les pratiques d'inhumation concilient les préoccupations de santé publique avec les besoins sociaux et émotionnels des communautés.

Les pratiques culturelles de préparation et d'élimination des corps sont susceptibles de contraster avec les priorités en matière de santé publique. Cela est particulièrement important dans les scénarios de mortalité élevée où la mortalité massive survient dans des délais très courts. Les obsèques peuvent rassembler des congrégations de personnes et, par conséquent, un risque de contagion de grippe.

- Évaluer la capacité de réaction des systèmes funéraires et renforcer la capacité de mobiliser le personnel et d'obtenir des ressources ou des articles culturellement pertinents (par exemple, des cercueils (ou équivalent), un espace d'inhumation, etc.).
- Collaborer avec les communautés pour intégrer de façon respectueuse et culturellement appropriée les priorités de santé publique dans les rituels funéraires existants.
- Dans les communautés au sein desquelles les funérailles impliquent une grande congrégation de personnes, collaborer avec les chefs religieux, les fournisseurs de services funéraires et les personnes en deuil pour trouver d'autres formes d'honorer leurs morts (par exemple, un nombre de personnes plus restreint).

15 Les attitudes à l'égard de l'innocuité et de l'efficacité des vaccins varieront et la façon dont la vaccination est déployée en cas de pandémie peut accroître la méfiance.

Les attitudes des populations à l'égard de la vaccination et de ses risques connexes varient considérablement en fonction des contextes et des groupes sociaux. Les notions culturelles de force et de résistance à la maladie et la façon de les atteindre sont différentes (par exemple, l'accumulation de sang en médecine humorale ouest-africaine, ou renforcement de l'immunité au Royaume-Uni), et sont susceptibles de contraster avec les logiques biomédicales. Même sous le paradigme biomédical, durant la pandémie de grippe A (H1N1) survenue en 2009, les vaccins contre la grippe sont arrivés trop tard et ont été perçus comme moins efficaces et plus risqués que la non vaccination (en raison de la faible mortalité et de la prédominance de la maladie). Également lors de la pandémie de grippe A (H1N1) survenue en 2009, le rôle de l'industrie pharmaceutique dans la riposte a donné lieu à des rumeurs de conflits d'intérêt et a créé du scepticisme quant à la nécessité de la vaccination.

Lorsque de nouveaux vaccins sont créés, ils doivent être priorisés et déployés à grande vitesse, souvent en accordant la priorité à certains groupes au détriment d'autres. Ceci peut créer des rumeurs de mauvaise gestion.

- Comprendre la résistance (ou la confiance) historique et actuelle vis-à-vis de la vaccination et les attitudes de différents groupes sociaux à l'égard de la vaccination.
- Identifier les compréhensions locales de l'immunité/la résistance et la manière dont elles s'adaptent aux modèles de maladie locaux (biomédical, humoral, herboriste, etc.). Collaborer avec les justifications locales de résistance et de guérison pour promouvoir la vaccination.
- Communiquer les bénéfices et les risques associés à la vaccination adaptée aux modèles culturels de la maladie.
- Faire preuve de transparence quant au déploiement des vaccins et des critères de priorisation.

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



Cette synthèse des enseignements tirés 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.

Credits

Cette synthèse des enseignements tirés SSHAP a été élaborée par **Santiago Ripoll** et **Annie Wilkinson** de l'Institute of Development Studies, Université du Sussex.

Référence : Ripoll S. et Wilkinson A. (2019) *Enseignements tirés de la grippe et du SRAS en matière de sciences sociales*, Synthèse des enseignements tirés 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 in 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