

Comprendre la dynamique socioculturelle pour mieux contrôler les épidémies de fièvre de la Vallée du Rift (FVR) au Kenya



Des chèvres boivent l'eau d'un forage dans le village de Dilmanyale, au Kenya.
PHOTO: OXFAM INTERNATIONAL/
FLICKR, CC BY-NC-ND 2.0

Lors d'une flambée épidémique de fièvre de la Vallée du Rift (FVR) survenue en 2006–07, les bergers somaliens dans le nord-est du Kenya ont subi des taux de mortalité et d'avortements élevés, notamment parmi les troupeaux de moutons, ce qui a engendré la perte d'environ 75 pour cent du cheptel.

Les membres de la communauté ont également signalé des saignements du bétail par le nez et d'autres orifices corporels. Un mois plus tard, les communautés se sont inquiétées lorsque des proches et des amis ont commencé à tomber malade à cause d'une « maladie inconnue ». Le nord-est du Kenya a constitué l'un des principaux foyers de FVR en 2006–07 et la plupart des 400 cas humains et les 90 décès sont survenus dans cette région. Cette étude de cas SSHAP met en évidence la manière dont les études anthropologiques peuvent contribuer à renforcer la compréhension et la confiance entre les communautés et les intervenants, et ainsi améliorer la riposte contre une épidémie.

Le défi : pénurie alimentaire et pertes économiques

En décembre 2006, des agents de santé animale et humaine internationaux ont été déployés dans la province nord-orientale du Kenya afin de freiner la propagation de la FVR. La région touchée est éloignée avec un accès routier difficile et la distance moyenne jusqu'au centre médical le plus proche était de 40 km. Au moment où l'étude a été réalisée, la région disposait seulement d'un hôpital, de deux centres médicaux et de cinq dispensaires. Non seulement les communautés éprouvaient de la détresse causée par la perte de proches et de bétail, mais elles ont également été isolées suite aux inondations causées par les fortes pluies qui ont commencé à s'abattre en octobre 2006. Les communautés ont également entendu à la radio qu'il leur était interdit de vendre du bétail et de consommer de la viande et du lait provenant de leurs troupeaux. Cependant, il n'y avait pas d'autres sources de nourriture dans la mesure où la mobilité était entravée par les inondations. La consommation de viande et de lait s'est donc poursuivie pour des raisons pragmatiques et culturelles, perpétuant ainsi l'épidémie.

Les perceptions profanes de la maladie et du traitement jouent un rôle essentiel dans la compréhension de la causalité, de la gravité, et des stratégies de traitement de la maladie, et il convient de soigneusement les discerner dans le contexte d'une urgence sanitaire.

une équipe d'anthropologues a été déployée afin d'étudier les compréhensions locale des maladies, et des facteurs de risque de FVR à l'aide d'une évaluation ethnographique rapide avec des méthodes participatives.

Conceptualisation locale de la maladie et du traitement

Les anthropologues ont mené des entretiens approfondis avec des individus qui avaient contracté

L'épidémie de FVR a finalement été maîtrisée, mais à ce moment-là, la communauté avait déjà supporté un lourd fardeau en termes de pertes de bétail, de pertes de vies et de moyens de subsistance réduits.

L'évaluation

En 2013, dans le cadre des activités réalisées par le Dynamic Drivers of Disease in Africa Consortium (DDDAC), dont l'objectif était de faire progresser la compréhension des liens entre la transmission des maladies de l'animal à l'homme et l'environnement en Afrique, une

la FVR ou qui avaient pris soin d'une personne atteinte de FVR. Ceci a été réalisé afin de fournir une meilleure compréhension de la manière dont la FVR était ressentie en tant que maladie et des significations attribuées aux soins et traitements hospitaliers par rapport aux soins et traitements à domicile. Des entretiens avec des intervenants clés ont également été réalisés auprès de chefs islamiques, d'agents de santé humaine et animale, et de personnes âgées (hommes et femmes) afin de mieux comprendre les questions d'ordre plus général inhérentes aux maladies au sein de la région.

Outre le fait de mieux appréhender la compréhension profane de la maladie, de la mort, et du rôle de la religion dans le traitement des patients atteints de FVR, l'équipe a également tenté de comprendre la manière dont les cliniciens et chercheurs étrangers étaient considérés dans le contexte de la FVR ainsi que le traitement qu'ils étaient perçus comme offrant. Tandis que la plupart des bergers de la région attribuaient la cause de la FVR aux moustiques, un grand nombre d'entre eux pensaient également que c'était le résultat de mauvaises conditions d'hygiène, du vent, ou de causes surnaturelles. La FVR est désignée sous le nom de *Sandik* (nez qui saigne) par les bergers somaliens dans cette région, et il s'agissait du symptôme communément associé à la FVR chez les moutons, ainsi que la fièvre, l'émaciation, et la diarrhée sanglante.

Chez les humains, le principal symptôme observé était un saignement du nez et de la bouche, ce qui indiquait la nécessité d'un traitement d'urgence à l'hôpital dans la mesure car de nombreux individus dans cet état n'ont pas guéri. D'autres symptômes, tels que la fièvre, des maux de tête, et des vomissements ont été considérés comme étant moins graves et ont été traités à domicile au moyen d'analgésiques en vente libre et de médicaments contre le paludisme, ainsi qu'avec du sang cru, du lait, du miel, et des prières du chef islamique. Dans la mesure où la majorité des personnes malades qui ont été admises à l'hôpital sont décédées par la suite, il était perçu que les soins hospitaliers n'étaient pas aussi efficaces que les soins à domicile, où la plupart des cas se rétablissaient. Toutefois, les membres de la communauté semblent oublier que les personnes qui avaient été admises à l'hôpital présentaient de graves symptômes, et que leur pronostic n'était généralement pas favorable. La méfiance s'est également perpétuée parce que les patients étaient mis en quarantaine à l'hôpital et que

les cliniciens semblaient cacher quelque chose aux populations locales.

Les bergers ne croyaient pas que la FVR avait été causée par la consommation de viande et de lait provenant d'animaux morts. La croyance commune dans le fatalisme (le fait que les actions humaines ne peuvent pas empêcher la mauvaise santé, la mort ou le malheur, et si un individu est destiné à mourir, il ou elle mourra) a contribué à aggraver le faible recours de la communauté aux services de santé officiels, leur perceptions des risques liés

aux aliments et leurs pratiques alimentaires liées à la transmission de maladies.

Conflit entre culture et soins de santé traditionnels

Un homme de 57 ans a refusé d'emmener son fils âgé de 20 ans, qui avait contracté la FVR, à l'hôpital. Le jeune homme était fiévreux, faible, et saignait du

nez. Au moment où il est tombé malade, un nombre croissant de patients atteints de FVR étaient décédés, dont la plupart à l'hôpital, et une rumeur circulait selon laquelle des médecins étrangers avaient été réquisitionnés par le gouvernement pour administrer des injections létales aux patients pour empêcher la propagation de la maladie. Il est possible de comprendre la manière dont cette rumeur semblait plausible pour la communauté locale dans la mesure où les patients atteints de FVR étaient placés en quarantaine et traités dans une tente située à l'extérieur de l'hôpital principal, et que les

proches et amis n'étaient pas autorisés à leur rendre visite. C'est la raison pour laquelle le père a décidé de donner à son fils des remèdes maison :

J'ai refusé de l'emmener à l'hôpital car j'avais entendu des rumeurs selon lesquelles les médecins étrangers administraient des traitements dangereux aux patients atteints de FVR et que c'était la raison pour laquelle ils ne voulaient pas que l'on s'approche de nos proches. Nous avons

appelé à domicile un Sheikh qui lui a lu le Coran et nous lui avons prodigué des soins en lui donnant du lait, de l'eau, et du sang car il était très faible. Il a guéri mais toutes les personnes qui sont allées à l'hôpital sont décédées.

Les conclusions de l'étude ont révélé que la communauté pastorale souhaitait être activement impliquée dans les soins prodigués à leurs proches malades. À domicile, ils étaient en mesure d'être à proximité de la personne malade et de lui fournir à la fois des remèdes maison et une thérapie religieuse conformément à leur culture. À l'inverse, les patients hospitalisés étaient placés en quarantaine et souvent traités par des médecins étrangers. Cela a contribué au fait que la communauté développe de la méfiance à l'égard du système de santé officiel, et dissuade un grand nombre de ses membres d'emmener les individus malades à l'hôpital, contribuant ainsi potentiellement à une augmentation des décès. Au sein des communautés somaliennes, le rôle de la famille et de la religion (conformément au Coran) dans le traitement de la maladie constitue un élément essentiel du comportement en matière de recours aux services de santé et, par conséquent un point de vue important à prendre en considération afin de comprendre leur définition de la maladie et des soins de santé et d'améliorer la prestation des interventions sanitaires.

Instaurer la confiance communautaire

Cette évaluation ethnographique rapide a démontré la nécessité de comprendre la manière dont les populations locales percevaient la maladie, en particulier durant une épidémie, en fonction de la culture et du contexte dominants. Cette compréhension permet aux décideurs et aux praticiens d'impliquer la communauté de manière à renforcer la confiance et à concevoir des stratégies de contrôle des maladies qui soient pertinentes d'un point de vue culturel et contextuel. Les résultats de l'étude ont été présentés aux intervenants nationaux et à l'échelle communautaire, et des discussions ont été menées pour aider à remodeler les perceptions communautaires des risques de maladie et de la compréhension du personnel soignant de la dynamique sociale et culturelle des communautés inhérente à la santé et à la maladies afin d'améliorer l'interaction entre les communautés et les agents de santé lors des flambées épidémiques de maladies.

“ Les approches communautaires contribuent à créer une appropriation et sont plus efficaces et durables que les approches descendantes. Il est essentiel de collaborer avec les communautés au sein d'un environnement de confiance, pour leur permettre de jouer un rôle central dans le processus et de s'approprier la surveillance, le contrôle, et le traitement de la maladie. ”

Enseignements tirés

Plusieurs enseignements clés peuvent être tirés de ce processus d'évaluation :

- Les perceptions profanes de la maladie et du traitement jouent un rôle essentiel dans la compréhension de la causalité, de la gravité et des stratégies de traitement de la maladie, et il convient de soigneusement les discerner dans le contexte d'une urgence sanitaire.
- Il est nécessaire de collaborer avec les dirigeants/gardiens communautaires, tels que les chefs islamiques, afin de développer des outils de sensibilisation, des stratégies de contrôle des maladies, et des dynamiques de traitement adaptés au contexte local.
- Les approches communautaires contribuent à créer une appropriation et sont plus efficaces et durables que les approches descendantes. Il est essentiel de collaborer avec les communautés au sein d'un environnement de confiance, pour leur permettre de jouer un rôle central dans le processus et de s'approprier la surveillance, le contrôle, et le traitement de la maladie.
- Des anthropologues peuvent être utilisés de manière efficace afin d'étudier les points de vue profanes sur l'étiologie des maladies, les croyances inhérentes aux facteurs de risque et la manière dont les stratégies de contrôle des maladies sont perçues et comprises.

Lectures complémentaires

Breiman, R.F.; Minjauw, B.; Sharif, S.K.; Ithondeka, P. and Njenga, M.K. (2010) '[Rift Valley Fever: Scientific Pathways Toward Public Health Prevention and Response](#)', *American Journal of Tropical Medicine and Hygiene* 83.suppl.2: 1-4

Dzingirai, V. (2017) '[Structural Drivers of Vulnerability to Zoonotic Disease in Africa](#)', *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences*, 372.1725: 20160169

Freeman, P.; Penney, D.S.; Bettmann, J.E. and Lecy, N. (2013) '[The Intersection of Health Beliefs and Religion Among Somali Refugees: A Qualitative Study](#)', *Journal of Religion and Spirituality in Social Work: Social Thought* 32.1: 1-13

Muga, G.O.; Onyango-Ouma, W.; Sang, R. and Affognon, H. (2015) '[Sociocultural and Economic Dimensions of Rift Valley Fever](#)', *American Journal of Tropical Medicine and Hygiene* 92: 730-38

Munyua, P. et al. (2010) '[Rift Valley Fever Outbreak in Livestock in Kenya, 2006-2007](#)', *American Journal of Tropical Medicine and Hygiene* 83.2: 38-64

Ng'ang'a, C.M.; Bukachi, S.A. and Bett, B.K. (2015) '[Lay Perceptions of Risk Factors for Rift Valley Fever in a Pastoral Community in Northeastern Kenya](#)', *BMC Public Health* 16.1

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 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 **Salome A. Bukachi** et **Caroline M. Mburu**, de l'Institut d'Anthropologie et d'études africaines, Université de Nairobi, et **Bernard K. Bett**, de l'Institut international de recherche sur l'élevage.

Le travail décrit dans cette étude de cas a été soutenu par le Programme de recherche sur la sécurité alimentaire et les zoonoses de l'Institut international de recherche sur l'élevage de Nairobi et le projet DDDAC financé par le Programme de services écosystémiques pour la réduction de la pauvreté (ESPA).

Référence : Bukachi, S.A.; Mburu, C.M. and Bett, B.K. (2020) *Comprendre la dynamique socioculturelle pour mieux contrôler les épidémies de fièvre de la Vallée du Rift (FVR) au Kenya*, Étude de cas SSHAP Numéro 11, 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