

Plaidoyer pour l'éradication de la maladie à virus Ebola en Afrique

Entrevue de **Dana-Nicoleta Radu** avec **M. Rodrigue Boureima Barry**, responsable technique de la communication des risques à l'**Organisation mondiale de la Santé pour la plateforme d'urgence de Dakar**, en Afrique centrale et de l'Ouest

➤ Résumé

Le début de ce plaidoyer se situe en 2014, à la suite de l'apparition des premiers cas de maladie à virus Ebola en Afrique de l'Ouest. « Moi, j'étais essentiellement basé en Guinée, un pays francophone, au-delà des deux autres pays anglophones [le Sierra Leone et le Libéria, touchés aussi par l'épidémie, NDLR], et notre rôle était de faire de la communication du plaidoyer, pour faire en sorte d'abord que les dirigeants prennent conscience du problème [...] et les avoir avec nous pour enrôler la communauté après, en termes d'engagement communautaire. »

Monsieur Barry et les autres collègues de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) ont mis en place une stratégie de plaidoyer pour associer les dirigeants et engager la communauté dans la lutte contre le virus Ebola. « C'était la première fois [que la maladie apparaissait, NDLR] en Afrique de l'Ouest : même les acteurs de la santé ne connaissaient pas le virus Ebola. Tout le scénario était neuf, il fallait construire. » Le groupe a noué des partenariats avec d'autres agences — l'UNICEF, le Fonds des Nations Unies pour la population (UNFPA), la plupart des organisations non gouvernementales (ONG) nationales et internationales, etc., — et il a fait une cartographie des acteurs et des intervenants pour pouvoir leur donner des rôles et des responsabilités. À part les acteurs politiques du pays (le président, le gouvernement, les élus, etc.), d'autres partenaires se sont joints à eux — comme les ambassadeurs et les diplomates qui venaient à des réunions pour bien comprendre la problématique. « Le plaidoyer a cet avantage — si on a pu convaincre [les décideurs, NDLR] qui sont à l'intérieur du pays, ils peuvent agir [par la suite, NDLR]

au niveau international [...], surtout pour la mobilisation des ressources. » Mais pour réussir le plaidoyer aux différents niveaux, dans un contexte où il y avait beaucoup de déni de la maladie, l'équipe des communications a aussi réalisé une cartographie des parties prenantes communautaires — « qui pouvaient nous aider, qui pouvaient être obstacles, et celles qui pouvaient nous aider, mais qui n'osaient pas prendre position », comme les grands-mères ou les mères qui avaient le pouvoir d'influencer tout le monde à la maison, mais qui agissaient à travers leurs enfants. Par conséquent, plusieurs acteurs se sont enrôlés dans la riposte contre le virus Ebola — des chefs communautaires ou religieux, des agents de santé communautaire (qui ont été recrutés et formés rapidement), des femmes — chefs de leur famille, des survivants de la maladie, etc.

Ce qui « était vraiment très important [était] d'organiser des visites de terrain, de faire des sorties de presse avec les médias, parce que plus les médias évoquaient la question, plus ça attirait [...] des décideurs et, comme ça, nous avons mis en place un système qui a été répercuté dans les trois pays de l'Afrique de l'Ouest », précise M. Barry. Parmi les autres partenaires qui se sont impliqués dans la lutte contre le virus Ebola figurent la Croix-Rouge, Médecins Sans Frontières, le Programme alimentaire mondial des Nations Unies (PAM), la Banque mondiale et plusieurs organismes publics et privés.

Les leçons apprises en Afrique de l'Ouest ont permis une meilleure approche par rapport à ce qui s'est passé pendant l'épidémie suivante d'Ebola, en République démocratique du Congo.

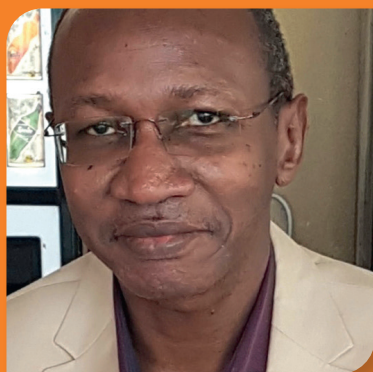
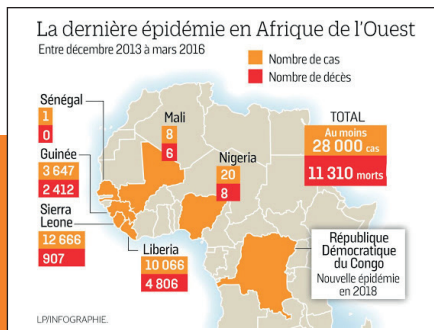
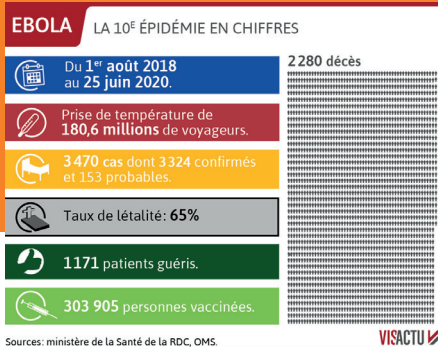


Photo : Rodrigue Boureima Barry
(archives personnelles)

« Moi, j'étais essentiellement basé en Guinée, un pays francophone, au-delà des deux autres pays anglophones [le Sierra Leone et le Libéria, touchés aussi par l'épidémie, NDLR], et notre rôle était de faire de la communication du plaidoyer, pour faire en sorte d'abord que les dirigeants prennent conscience du problème [...] et les avoir avec nous pour enrôler la communauté après, en termes d'engagement communautaire. »



L'épidémie d'Ebola en Afrique de l'Ouest et dans l'est de la République démocratique du Congo



Infographies: Le Parisien et Visactu

> Contexte

L'épidémie d'Ebola en Afrique de l'Ouest a commencé en décembre 2013, en Guinée, et elle s'est propagée dans les pays voisins : le Libéria et la Sierra Leone, puis au Mali et au Nigeria (OMS, 2016). Jusqu'en mars 2016, quand elle a été officiellement déclarée terminée, elle avait provoqué le décès de 11 310 personnes parmi 28 616 patients (OMS, 2016). En août 2018, la maladie à virus Ebola est apparue dans la province du Nord-Kivu, dans l'est de la République démocratique du Congo (RDC), une zone difficile à cause des conflits armés qui perdurent (OMS, 2020b). Lorsque « j'ai été là-bas, je portais le gilet pare-balles toute la journée, car les rebelles tiraient sur les personnes de missions humanitaires », mentionne M. Barry. Cette flambée, qui était la dixième sur le territoire de ce pays depuis l'identification du virus, en 1976, a provoqué la mort de 2 287 personnes parmi un total de 3 470 patients (OMS, 2020b). La fin de cette épidémie a été déclarée en juin 2020, mais une onzième flambée a surgi dans le nord-ouest du pays, dans la province de l'Équateur (OMS, 2020b, 2020c). L'annonce de la fin de la dernière flambée a été faite en novembre 2020 et, pendant cette période, 130 personnes ont été déclarées malades et 55 d'entre elles sont décédées (OMS, 2020c).

Il est supposé que les hôtes naturels du virus Ebola sont les chauves-souris frugivores de la famille des Pteropodidés et que la transmission aux humains se fait après un contact étroit avec des sécrétions, des liquides biologiques (par exemple du sang) ou des organes d'animaux infectés (gorilles, porcs-épics, etc.) (OMS, 2019). La transmission interhumaine s'effectue aussi par contacts directs avec des liquides biologiques ou des sécrétions d'une personne malade ou décédée à cause d'Ebola ou

avec des objets contaminés (par exemple les muqueuses ou la peau lésée) (OMS, 2019). Les symptômes de la maladie peuvent apparaître brutalement entre 2 et 21 jours après l'infection : fièvre, céphalée, douleurs musculaires, fatigue, mal de gorge, éruptions cutanées, diarrhée, vomissements, symptômes d'insuffisance hépatique et rénale et, dans certains cas, hémorragies externes et internes (OMS, 2019). Même chez les personnes qui sont guéries de la maladie, le virus persiste dans certains sites (l'intérieur de l'œil, le système nerveux central, les testicules – le sperme), mais son rôle dans les complications post Ebola observées (céphalées, arthralgies, anémies, etc.) reste inconnu (Tiffany et coll., 2016). Toutefois, certaines précautions doivent être prises (comme des pratiques sexuelles à moindre risque) pendant quelques mois jusqu'à ce que deux tests consécutifs indiquent l'absence du virus chez la personne (OMS, 2019).

Le vaccin anti-Ebola rVSV-ZEBOV, mis au point par l'Agence de la santé publique du Canada, s'est avéré très efficace dans le cadre d'un essai, en Guinée, en 2015, auquel 11 841 personnes ont participé (OMS, 2015, 2019). La méthode de vaccination pratiquée, dite « en ceinture », se base sur l'hypothèse qu'une « ceinture » de protection est créée et permet l'arrêt de la propagation du virus en vaccinant tous les individus qui ont été en contact avec une personne infectée (OMS, 2015).

Les équipes qui ont déployé les actions du plaidoyer de l'éradication de la maladie d'Ebola ont tenu compte d'autres aspects de l'Afrique : le fait que dans un pays, il peut y avoir 60 langues en circulation et que le niveau d'alphabétisation de la population est souvent à moins de 20 %.



« Quand j’ai commencé à voir mes parents mourir devant moi [...], c’était vraiment des moments très difficiles pour moi [...]. Je me suis dit que si je m’engage dans la lutte contre cette maladie, je peux apporter quelque chose pour que d’autres familles évitent ce que ma famille a eu. »

— Un survivant de la maladie à virus Ebola [MSF] officiellement guéri d’Ebola

Photo : Les survivants d’une épidémie (Médecins Sans Frontières)

› Objectifs

Le but du plaidoyer était d’arrêter la propagation de la maladie, de rompre les chaînes de contamination. « Notre rôle était de faire en sorte que les gens prennent conscience d’abord de la réalité de la maladie, puis de nouer des partenariats avec d’autres acteurs et, surtout, de promouvoir des comportements à moindre risque [dans la communauté, NDLR] », dit M. Barry. Après l’apparition du vaccin, en 2015, un autre objectif a été « de convaincre les gens de se mobiliser autour de l’acceptation du vaccin ».

› « Opposants »

Il y a eu plusieurs « opposants », principalement parmi les tradipraticiens et les chefs de communautés qui n’étaient pas en accord avec le pouvoir politique en place.

« Dans la culture africaine, vous avez des gens qui traitent les maladies à l’échelle traditionnelle : les tradipraticiens. Ils ont essayé de convaincre la communauté [en disant :] “Vous savez, cette maladie, nous pouvons la résoudre” », explique M. Barry. Mais un grand nombre d’entre eux sont décédés parce qu’ils ne prenaient aucune mesure de précaution, ils touchaient les malades, ce qui, traditionnellement, était correct, mais pas dans le contexte d’Ebola. Pour eux « nous avons trouvé une forme de compensation [en leur proposant] de devenir eux-mêmes des acteurs de la riposte. Et quand les malades venaient chez eux, ils disaient : “Vous savez, cette maladie

En ce qui concerne l’engagement communautaire, « dans la première année de lutte contre Ebola, il n’a pas marché parce que, comme d’habitude, on avait pris la maladie de son côté médical », poursuit-il. Dans la deuxième année, comme les cas d’infection continuaient à évoluer, un changement de perspective s’est opéré. Des anthropologues et des spécialistes en sciences sociales ont été impliqués parce que « toutes les situations qu’on vivait [sur le terrain, NDLR] étaient des situations liées au comportement humain. »

est très compliquée” » et ils orientaient les patients vers les centres de traitements.

En ce qui concerne les chefs de communautés, des approches de communication et des compensations ont aussi été utilisées pour les intégrer comme partenaires de riposte. Par exemple, « nous leur avons donné des téléphones avec des crédits [pré-payés, NDLR]. Donc, quand ils avaient des informations [concernant les contacts d’un malade, etc., NDLR], ils pouvaient nous les remonter et ils étaient contents d’avoir un téléphone et de ne pas chercher de l’argent pour appeler. Nous n’avons pas réussi [à annihiler l’opposition, NDLR] à 100 % [...], mais on a essayé de faire en sorte que les effets de nuisance sur la communauté soient réduits. »



Photos: Cérémonie locale organisée pour le plaidoyer en vue de susciter l'engagement communautaire (archives personnelles)

« Quand je suis retournée à la maison, j'ai trouvé des gens qui avaient annoncé que j'étais décédée depuis deux semaines. Donc, quand je suis venue à la maison, les hommes me fuyaient. Je n'avais plus d'amis, pas de voisins, personne ne voulait m'adresser la parole. On disait que tu pouvais encore contaminer des gens. »

— Une survivante de la maladie à virus Ebola

Une des stratégies utilisées a été « la communication sur les risques et l'engagement communautaire », qui présuppose, entre autres :

- › **La communication publique** (avoir recours à des canaux de communication efficaces et fiables, à des gens de confiance aux yeux des publics cibles ; tester les messages pour voir s'ils sont bien compris et éviter les effets néfastes ; etc.).
- › **La participation communautaire** (déterminer les publics cibles, les influenceurs de la communauté ; adapter le dialogue à la perception et aux besoins d'information de la population ; etc.).
- › **L'analyse des retours d'information.**
- › **La gestion des rumeurs.**
- › **La formation du personnel** (les acteurs de terrain, les porte-paroles, etc.) (OMS, 2020a).

La communication publique — les médias et les réseaux sociaux — ont beaucoup été utilisés : « Nous avons rencontré des directeurs d'organes de presse, nous avons formé des journalistes de santé et nous avons organisé des descentes sur le terrain avec eux », précise M. Barry. La radio (selon les villages, en langue locale), qui est un des médias les plus écoutés par les communautés, a aussi servi pour transmettre les messages concernant la maladie. De plus, les survivants d'Ebola qui se sont engagés dans la riposte ont témoigné de leur expérience par le biais des médias pour convaincre les gens de leur communauté de la réalité de la maladie, afin qu'ils suivent les consignes de la santé publique et acceptent d'être pris en charge rapidement par les équipes médicales en cas d'infection.

Un des effets délétères de la maladie à virus Ebola a été la stigmatisation des survivants, un phénomène qui a pris de l'ampleur dans certains pays d'Afrique. Plusieurs personnes qui ont été guéries n'étaient plus accueillies par leur communauté, et même par leur propre famille. « Les rumeurs qui circulaient — et ça, c'est un volet très important, la gestion des rumeurs — disaient que personne ne [pouvait] survivre à Ebola, donc la communauté soutenait que ce [n'était] pas des personnes qui revenaient, mais [...] leur esprit. » Dans d'autres cas, les gens de la communauté avaient peur d'entrer en contact avec la personne guérie, de contracter la maladie et de mourir par la suite.

Pour endiguer ce phénomène, « nous avons fait ce qu'on appelle "l'accompagnement des personnes survivantes jusque dans leur communauté" », explique M. Barry. À la sortie du centre de traitements, une cérémonie était organisée pour chaque survivant avec l'équipe médicale, le chef de quartier ou de la communauté, les membres de la famille et un certain nombre d'acteurs sociaux (le psychologue, les médias, etc.). « On disait : "Voilà, celui-là ou celle-là a été malade, il (elle) a fait ses 21 jours, il (elle) est entièrement guéri(e)". Un « certificat de décharge » (de guérison) signé par le ministre de la Santé et d'autres organisations (OMS, etc.) était remis à la personne et elle était accompagnée dans sa communauté. Une fois sur place, « on refaisait la cérémonie pour expliquer à toute la communauté : "Voilà ce qui s'est passé, n'ayez pas peur", pour dédramatiser et éviter le risque de stigmatisation ». Un suivi régulier de la personne guérie était fait par un psychologue et certains aliments lui étaient fournis (grâce au PAM). Un programme pour les survivants a aussi été mis en place (en partenariat avec d'autres institutions) pour assurer l'accompagnement de la personne guérie pendant environ trois mois, le temps qu'elle se stabilise et récupère, socialement et sur le plan économique.

En ce qui concerne la vaccination, « l'idée était d'expliquer aux gens pourquoi le vaccin avait besoin d'être testé, parce que c'était des tests de vaccination » et pas des

campagnes de vaccination. « Nous avons commencé la vaccination par les leaders : nous avons constitué un panel d'environ 15 personnes (le ministre de la Santé, la directrice de l'OMS en charge du vaccin, un représentant de chaque communauté religieuse, une représentante des femmes, etc.) et nous les avons amenées sur la place publique », indique M. Barry. Un

événement a été créé, les leaders ont été interviewés puis vaccinés, et toute cette manifestation a été diffusée dans les médias. De plus, les leaders choisis ont communiqué le message sur la vaccination dans leur communauté. Cette approche « a facilité beaucoup la mise en œuvre de tests de vaccination sur le terrain ».

➤ Ressources

« Quand les urgences commencent, aucun pays n'est en réalité préparé. En Afrique de l'Ouest, dans un pays comme la Guinée, même sans Ebola, le système de santé n'est déjà pas performant. » Des ressources financières, humaines et techniques internes ont été mobilisées et, à la suite du plaidoyer au niveau mondial (fait, entre autres, par l'OMS), des ressources internationales se sont ajoutées. Mais au début de la pandémie, les ressources financières ont servi, en grande partie, à la prise

en charge sanitaire de la maladie. « Les gens [décideurs, NDLR] ne comprenaient pas que tout est lié au comportement humain [...]. Quand l'épidémie a flambé, on a commencé à investir dans la communication », précise M. Barry. Des agents de santé communautaires ont été recrutés et formés rapidement. Des centres de traitements ont été construits (par Médecins Sans Frontières) et aujourd'hui, ils sont reconvertis pour traiter l'infection à la COVID-19.



Un facteur de succès : « Le fait de travailler en équipe [...]. Quand on fait une bonne analyse pour voir qui peut être un bon partenaire, on peut réussir à ce niveau-là. »

— Rodrigue B. Barry (OMS)

Photo: Vieux tradipraticien sorti guéri (archives personnelles)

> Fenêtres d'opportunité

Il y a eu quelques fenêtres d'opportunité : en Afrique, les campagnes de vaccination sont régulières, ce qui a facilité l'acceptation du vaccin contre le virus Ebola. L'OMS a des bureaux dans l'ensemble des pays, ce qui a aussi permis l'intégration de la logique de

communication. La synergie de travail de diverses agences (l'OMS, l'UNICEF, la Croix-Rouge, entre autres) et l'appui des hommes politiques (le président, le gouvernement, les élus des pays touchés par l'épidémie) sont aussi à considérer.



Photo : Exemples d'action de communication mise en place par l'équipe de Rodrigue B. Barry (archives personnelles)

> Objectifs atteints et non atteints

« En termes de communication, observe M. Barry, nous avons fait le maximum de choses qui pouvaient être faites. » Mais « ce qui peut être considéré comme mitigé, c'est que nous n'avons pas eu assez de ressources humaines et financières pour mener ce que nous aurions pu faire [...]. C'est pourquoi la maladie a duré deux ans et quelques mois ».

> Difficultés

Au début, « en Afrique de l'Ouest, la communication était comme un appendice dans la lutte contre le virus Ebola, mais avec l'épidémie suivante, en RDC, elle est devenue un pilier majeur. Il a fallu du temps » pour être acceptée au sein de la riposte.

> Compromis

L'utilisation des ressources financières des autres piliers (la surveillance, par exemple) pour mener des enquêtes selon leurs objectifs, mais avec des résultats d'importance générale, est un compromis.

> Facteurs de succès

Les principaux facteurs de succès sont l'expérience et l'expertise des partenaires en termes de communication.

> Changements positifs

La fin de l'épidémie à la suite des actions de prévention est un changement fort positif.

Leçons apprises

Il a fallu identifier les bons leaders, enrôler des acteurs communautaires dans des partenariats gagnants, « faire une bonne analyse de nos cibles », mener des enquêtes « pour que toutes les actions convergent vers la prise en compte et la modification du comportement ».

Lien : « Community engagement for successful COVID-19 pandemic response: 10 lessons from Ebola outbreak responses in Africa » — https://gh.bmj.com/content/4/Suppl_7/e003121

> Références

- Barry, B. R. (2020, 3 novembre). Plaidoyer pour l'éradication de la maladie à virus Ebola en Afrique [entrevue].
- Le Parisien. (2018). *Retour d'Ebola : comprendre l'épidémie en 4 infographies – La dernière épidémie en Afrique de l'Ouest* [image en ligne].
www.leparisien.fr/societe/retour-d-ebola-comprendre-l-epidemie-en-4-infographies-10-05-2018-7708986.php
- Médecins Sans Frontières (MSF). (2016). *Ebola – Les survivants d'une épidémie* [image – vidéo].
www.medicinsansfrontieres.ca/issues/ebola-lutter-contre-une-%C3%A9pid%C3%A9mie
- Organisation mondiale de la Santé (OMS). (2015, 31 juillet). *Un vaccin efficace contre le virus Ebola est à portée de main*.
www.who.int/mediacentre/news/releases/2015/effective-ebola-vaccine/fr/
- Organisation mondiale de la Santé (OMS). (2016, 26 mai). *Rapport de Situation : Maladie à virus Ebola*.
apps.who.int/iris/bitstream/10665/208539/1/ebolasitrep_26May2016_fre.pdf?ua=1
- Organisation mondiale de la Santé (OMS). (2019, 30 mai). *Maladie à virus Ebola*.
www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/ebola-virus-disease
- Organisation mondiale de la Santé (OMS). (2020a, 26 janvier). *Communication sur les risques et participation communautaire (RCCE) : préparation et riposte face au nouveau coronavirus 2019 (2019 – nCoV : lignes directrices provisoires)*.
<https://apps.who.int/iris/handle/10665/330679>
- Organisation mondiale de la Santé (OMS). (2020b, 25 juin). *Fin officielle de la dixième flambée d'Ebola en République démocratique du Congo : maintenir la vigilance face aux résurgences et continuer de soutenir les survivants*.
<https://bit.ly/3upFZ8F>
- Organisation mondiale de la Santé (OMS). (2020c, 18 novembre). *Maladie à virus Ebola : République démocratique du Congo*.
www.who.int/csr/don/18-november-2020-ebola-drc/fr/
- Tiffany, A., Vetter, P., Mattia, J., Daver, J.-A., Bartsch, M., Kasztura, M., Sterk, E., Tijerino, A.M., Kaiser, L. et Ciglenecki, I. (2016). Ebola virus disease complications as experienced by survivors in Sierra Leone. *Clinical Infectious Diseases*, 62(11), 1360-1366.
www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4872294/