

très forte augmentation mondiale des cas de grippe due à un nouveau virus : en 1918, 1957 et 1968. On observe que quarante ans séparent la première pandémie grippale de la deuxième, qui elle-même n'a qu'une dizaine d'années de distance avec celle de 1968. Ces dates montrent à l'évidence qu'il n'y pas de cycles ou d'intervalles réguliers et qu'il est risqué d'établir des prévisions sur la base de nos expériences passées. L'histoire ne se répète pas, et même si elles ne sont jamais totalement irréductibles, les situations historiques sont rarement reproductibles. Ainsi, il est peu vraisemblable qu'une future pandémie se produise dans les circonstances d'une guerre mondiale, comme ce fut le cas lors de la grippe dite « espagnole » de 1917. Rien ne permet non plus de dire si la prochaine grippe sera due à une mutation du virus aviaire H5N1 ou à un autre virus, hébergé par une autre espèce animale. De plus, un même virus peut avoir des effets extrêmement variables. La grippe A (H1N1) de 1917 a fait au moins 20 millions de morts, tandis que celle de 2010 en a provoqué 200 000 selon les dernières estimations.

On comprend qu'au moment de la grippe A (H1N1) de 2009, les instances dirigeantes en charge de la santé publique ont navigué en eaux troubles. En privilégiant une réaction maximaliste, le gouvernement a pris des décisions controversées. La couverture vaccinale en France fut en effet l'une des plus élevée au monde, en dépit du coût des ressources préventives, qui comportaient non seulement les vaccins mais aussi les masques produits par dizaines de millions. Les partisans de la stratégie française ont mis en avant que l'épisode pandémique de 2009 avait été une occasion pour notre pays de procéder à un exercice de simulation « grandeur nature ». La France a pu tester sa réactivité et son niveau de préparation à une pandémie plus virulente. D'autres approuvèrent le plan en invoquant le devoir de tenir compte des alertes de l'OMS et l'application du principe de précaution prévu dans la Constitution française depuis 2005.

Mais cette justification n'a pas suffi à faire taire les critiques.

- D'abord, si les pays de l'hémisphère Nord (dont la France) s'étaient appuyés sur les données qu'on pouvait recueillir sur la pandémie telle qu'elle sévissait dans l'hémisphère Sud lors de l'hiver austral, ils n'auraient pas eu besoin de déclencher de plan antipandémique [B02]. L'État français, singulièrement, a manqué à son devoir d'optimisation des ressources rares et à l'exigence de proportionnalité en gaspillant des fonds publics (800 millions d'euros selon la Cour des comptes) par l'achat massif de vaccins qu'il cherchera (piteusement) à revendre à l'étranger (sans grand succès au demeurant).

- Ensuite, derrière l'argument rationnel de protection de la population, il est permis de débusquer une crainte toute personnelle du ministre de tutelle : chercher à éviter que son nom soit à jamais entaché d'une catastrophe sanitaire. Cette crainte a conduit les pouvoirs publics à surréagir à ce que d'aucuns qualifièrent de simple « grippette ».

- Enfin et surtout, d'autres observateurs ont dénoncé l'existence des connivences sourdes entre les instances sanitaires et les laboratoires pharmaceutiques [B03]. Dès le début de l'année 2010, le Conseil de l'Europe accusa l'OMS d'avoir exagéré le risque pandémique du fait de conflits d'intérêts de six de ses experts, travaillant pour des fabricants de vaccins, ce que confirmera une enquête. La suspicion de conflit d'intérêts fut renforcée par la suppression par l'OMS de toute mention faite au « taux de mortalité supérieure à une grippe normale » dans la manière de caractériser une pandémie mondiale grippale.

Ces éléments à charge ont eu pour effet de décrédibiliser l'expertise sanitaire, et, au-delà, de jeter la suspicion sur les vaccins. Dès lors, il n'existait pas d'autres moyens d'éviter la répétition d'un tel scénario que de renforcer l'indépendance des experts, par voie législative, ce qui sera fait par la loi dite Bertrand de 2011, relative à la sécurité sanitaire [B05].

De la « quarantaine » au « suivi des personnes contacts » : enseignements de l'expérience d'Ebola au Sénégal

Alice Desclaux
Anthropologue
à l'Institut de
recherche pour le
développement
(IRD), membre de
l'équipe Recherches
translationnelles
sur le VIH et les
maladies infectieuses
(TransVIHMI ; IRD,
Inserm et université
de Montpellier)

La mise à distance des personnes « contacts » (qui ont été exposées à un risque infectieux et sont susceptibles de transmettre un agent pathogène) fait partie des mesures de santé publique incontournables pendant les périodes de crise épidémique. Elle vise à interrompre les chaînes de transmission et à prendre en charge les malades le plus précocement possible, dans une visée préventive et curative [C01]. La « quarantaine »

appliquée aux navires et (par extension du terme) aux personnes, utilisée à grande échelle face aux « pestes » qui ont touché l'Europe à partir du XIII^e siècle, fut une mesure de protection de la population dictée par le sens commun. Mais la mémoire collective des quarantaines retient aussi le diktat de la peur et la violence d'un enfermement souvent motivé par l'ostracisme vis-à-vis d'« étrangers » accusés *a priori* d'apporter la maladie.

Au cours de l'épidémie d'Ebola qui a débuté en Guinée en 2013, l'application autoritaire de la quarantaine a donné lieu à des violences physiques envers des populations (par exemple lors de l'encerclement par l'armée libérienne du quartier de Westpoint, à Monrovia), ou à des contraintes envers des individus (par exemple vis-à-vis d'une infirmière confinée sous une tente aux États-Unis), appuyées dans certains cas sur des mesures juridiques [C02]. Aussi, le débat éthique qui oppose coercition et persuasion, en mettant en balance l'intérêt collectif (défendu par des mesures juridiques de confinement) et l'intérêt individuel (des personnes contacts qu'il faudrait amener à y consentir), paraît formulé de manière trop limitée. D'un point de vue de santé publique, il faut préciser à quelles conditions la distanciation des personnes contacts est applicable de manière efficace, acceptable pour elles, et respectueuse des droits humains [C03].

Les épidémies émergentes récentes ont réinstauré la gestion des cas contacts comme mesure « de masse » : leur nombre était estimé à 150 000 lors de l'épidémie de SRAS de 2003 en Asie et au Canada, et à 215 000 lors de l'épidémie d'Ebola de 2013-2016 en Afrique de l'Ouest. Ces populations ont été gérées de manières très diverses, en l'absence de mesures validées scientifiquement en termes d'efficacité et d'acceptabilité.

L'épidémie d'Ebola au Sénégal

Au Sénégal, un cas importé de maladie à virus Ebola en août 2014 a généré 74 cas contacts (dont 56 adultes) parmi les membres de sa famille et ses corésidents, et parmi les agents de santé des deux services de soins qu'il avait fréquentés. Les autorités sanitaires ont d'emblée fait le choix d'une gestion basée sur l'adhésion des personnes contacts au confinement à domicile plutôt que sur des mesures de justice et de police. L'analyse des événements survenus pendant le confinement, des mesures complémentaires qui ont dû être mises en place au jour le jour pour le rendre acceptable et éviter les fuites, et des perceptions et avis des personnes contacts et des soignants, est riche d'enseignements sur les difficultés rencontrées et sur l'impact des mesures adoptées [C04]¹⁸.

Dès l'identification des personnes contacts, suivant le protocole de l'OMS, elles ont été informées qu'elles devaient rester chez elles pendant vingt et un jours, où des volontaires de la Croix-Rouge viendraient deux fois par jour prendre leur température et s'enquérir de la survenue de symptômes qui, le cas échéant, conduiraient à une évaluation médicale et à leur transfert dans un service de soin. Le confinement à domicile prit deux formes : la famille et les corésidents du malade étaient isolés ensemble ; les agents de santé étaient confinés

dans leurs familles, qui n'étaient pas nécessairement informées de leur condition.

Dans les premiers jours, des personnes contacts professionnels de santé ont contesté l'application rigide et univoque des précautions de biosécurité par les volontaires du suivi, alors que la peur des uns et des autres raidissait les attitudes. Des personnes confinées ignorantes des modalités de transmission du virus se croyaient déjà infectées et pensaient vivre leurs derniers jours, ce qu'à leurs yeux confirmaient le port des gants et le refus de tout contact physique de la part des volontaires. L'angoisse intime combinée à la mise à distance renforçait le sentiment des personnes contacts d'être « abandonnées à leur sort ». Ce déroulé initial donne un aperçu de l'état psychologique d'angoisse extrême, des mésinterprétations et des tensions que peuvent vivre les personnes contacts dans un tel contexte de crise épidémique ; il illustre l'importance d'établir des relations de confiance entre personnes contacts et soignants qui passent entre autres par des échanges interindividuels.

Face aux personnes confinées dans leur famille et confrontées soit au rejet par leurs proches soit à la peur permanente de transmettre le virus à leurs enfants, une coordination psychosociale fut mise en place par des acteurs de santé ayant l'expérience du *counseling* (relation d'aide par l'écoute et l'échange informatif). Une visite fut rendue à tous les contacts pour évaluer leur situation et proposer un échange téléphonique quotidien. La possibilité pour les contacts de s'informer sur l'évolution au jour le jour de l'épidémie et sur la maladie, de discuter sur leurs difficultés à appliquer les précautions de biosécurité, d'échanger à propos de leurs angoisses et de discuter des meilleures manières de gérer les rumeurs dont ils étaient victimes, leur a permis de supporter leur confinement. Les échanges téléphoniques ont aussi conduit à orienter deux personnes vers une consultation spécialisée, qui a diagnostiqué et traité leurs décompensations psychiatriques. Enfin, ces échanges quotidiens ont permis d'identifier des détresses matérielles nécessitant d'apporter une aide nutritionnelle et financière à certains. Parallèlement, les volontaires de la Croix-Rouge, très empathiques, ont aidé les personnes contacts à supporter leurs difficultés, notamment en ajustant les normes de biosécurité au contexte pour les rendre applicables et acceptables, parfois au prix d'une négociation quant à leur efficacité. Quelques personnes contacts ont manifesté des symptômes mais il n'y a eu au final aucune transmission secondaire. Globalement, les personnes confinées ensemble ont moins souffert de l'angoisse que celles isolées dans leurs familles, exposées aux difficultés relationnelles.

Pour les personnes contacts, l'expérience ne s'est pas limitée au temps du confinement ; plusieurs d'entre elles ont été victimes d'effets sociaux prolongés. La majorité des personnes contacts, aux conditions de travail précaires (agents de santé inclus), ont été éprouvées par la perte de revenus due à l'impossibilité de travailler.

18. Cette analyse a été réalisée dans le cadre du projet de recherche EBSEN (Épidémie d'Ebola et construction sociale de la confiance au Sénégal), associant l'IRD, l'Aviesan (Alliance nationale pour les sciences de la vie et de la santé) et Expertise France, coordonné par A. Desclaux et K. Sow.

Plusieurs personnes ont été licenciées ou ont perdu leur clientèle du fait de la peur abusive de la contagion d'Ebola dans la population, entretenue par les médias. Les familles d'agents de santé ont parfois été agressives envers leur proche, accusé de les exposer au risque, dans un contexte d'absence de protection sociale en cas de transmission.

Des mesures d'accompagnement indispensables au confinement

L'expérience sénégalaise a montré que le confinement est faisable et acceptable à condition de mettre en place des mesures d'accompagnement [C04] : une information initiale des personnes contacts systématique, approfondie et personnalisée sur le risque, la maladie et les mesures de biosécurité ; un dispositif d'échanges fréquents, réguliers et gratuits, entre une cellule d'aide psychosociale et les personnes contacts ; la proposition d'une consultation psychologique avec éventuellement une orientation spécialisée ; l'apport d'une aide matérielle et nutritionnelle pour compenser les pertes de revenus ; la possibilité d'une médiation pour les situations familiales ou professionnelles conflictuelles ; l'aide juridique et la dispensation de certificats médicaux de non-contagion à la fin du confinement. Plusieurs de ces mesures ont été également identifiées comme nécessaires dans d'autres contextes socio-économiques, y compris dans les pays développés, comme lors de l'épidémie de SRAS à Singapour [C05]. *A contrario*, les approches autoritaires sans mesure d'accompagnement ont montré leurs limites en termes d'efficacité, notamment en Guinée [C06].

Ces mesures d'accompagnement définies sur des bases empiriques ont permis de résoudre la plupart des tensions éprouvées sur le terrain, sans régler toutes les situations. L'expérience sénégalaise a aussi montré que les normes de biosécurité sont encore peu performantes ; d'autres stratégies doivent être explorées qui, par exemple, ajusteraient les précautions sur le niveau de transmissibilité potentiel du cas confirmé initial, ou selon le degré d'exposition au risque de chaque personne contact. Bien que d'échelle limitée, l'expérience sénégalaise permet de tirer des leçons utiles pour des épidémies plus importantes, atteignant les pays développés. Parmi les mesures d'accompagnement devant

y être discutées et adaptées, l'aide à domicile peut être gérée plus facilement qu'en Afrique grâce à des moyens préexistants tels que l'e-médecine et d'autres services en ligne, notamment pour la communication. Il serait néanmoins nécessaire de définir un statut juridique des personnes contacts et de discuter de leur protection sociale, voire de leur indemnisation pendant la période confinée. Enfin, ces observations dans le cas d'une maladie très spécifique (en termes de modalités de transmission, létalité, exposition médiatique) devraient être confrontées à l'expérience d'autres épidémies pour étoffer une réflexion de portée générale.

Le « suivi des personnes contacts » pour remplacer la quarantaine

Au final, le terme « quarantaine » paraît inadapté à une approche de santé publique du XXI^e siècle, dégagée des conceptions populaires du passé qui étaient centrées sur le souci de protéger la population générale, au détriment des personnes les plus exposées (ou du moins en les négligeant). De même, les termes plus professionnels « surveillance, distanciation, confinement » désignent précisément le contrôle du risque. Or, l'intervention comprend aussi une dimension essentielle de suivi des personnes contacts, nécessaire pour diagnostiquer et traiter précocement tout cas secondaire [C01]. Comme toute relation de soin centrée sur la personne, elle implique de prendre en compte ses besoins de base sur les plans médical, psychologique, économique et social par des mesures d'accompagnement qui ont fait leurs preuves, et d'établir la confiance au travers d'échanges entre personnes contacts et acteurs du suivi. L'apport principal de l'expérience sénégalaise est peut-être de rappeler que le traitement des « cas contacts » doit relever du *care*, qui à la fois respecte l'équité et les droits humains, et favorise l'observance du confinement. Dans un domaine complexe, en permanente remise en question par les émergences épidémiologiques et l'évolution des connaissances, où les questions d'éthique médicale et d'éthique de la santé publique se rencontrent, remplacer l'approche « quarantaine » (focalisée sur la protection de la population) par celle du « suivi des personnes contacts » (comprenant les deux valences de suivi du soin individuel et de suivi du risque épidémiologique) paraît indispensable.