Enseignements tirés des comportements liés à Ebola

Édition en langage clair — utiliser les études antérieures d'analyse des obstacles sur les comportements liés à Ebola en Afrique de l'Ouest pour aider à orienter la réponse à l'épidémie d'Ebola de Bundibugyo en 2026

L'épidémie actuelle

Le 17 mai 2026, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) a déclaré que l'épidémie d'Ebola à Bundibugyo, en République démocratique du Congo (RDC) et en Ouganda, constituait une urgence de santé publique de portée internationale.

À la mi-mai, le Centre africain de contrôle et de prévention des maladies (Africa CDC) et l'OMS ont signalé au moins 10 cas confirmés, 336 cas suspects et 88 décès dans la province d'Ituri, en RDC. L'Ouganda comptait deux cas confirmés supplémentaires et un décès. On craint désormais que le virus Ebola ne se propage dans les villes et au-delà des frontières.

L'épidémie a débuté dans les zones sanitaires de Mongbwalu et de Rwampara. Ces zones sont densément peuplées. Les déplacements de population y sont fréquents. La région est également en proie à un conflit armé. Le premier cas pourrait être celui d'une infirmière qui s'est rendue dans un établissement de santé à Bunia fin avril.

Il n'existe aucun vaccin ni traitement approuvé contre la souche Bundibugyo. Nous devons donc endiguer l'épidémie comme on l'a fait lors des épidémies passées, avant l'apparition des vaccins. Les communautés doivent adopter des comportements de protection rapidement, pleinement et à grande échelle.

Pourquoi se concentrer sur les comportements, et pourquoi maintenant ?

Dans toutes les épidémies d'Ebola qui ont été étudiées, la sensibilisation n'était pas le principal problème. La plupart des gens savaient qu'Ebola était grave. Ils connaissaient les symptômes. Ils savaient ce qu'on leur avait dit de faire. Mais beaucoup de gens ne le faisaient toujours pas :

- appeler rapidement l'équipe chargée des enterrements,
- cesser de laver ou de toucher le corps,
- ne consultent pas en cas de fièvre dans les 24 heures,
- signaler les cas suspects, ou
- continuer à se laver les mains.

La connaissance seule change rarement les comportements.

C'est le message principal du Recueil d'analyses des barrières relatives à Ebola de 2016. Il s'agit d'un recueil d'études. Il a été produit par Curamericas Global (aujourd'hui Impact Global Health Alliance). Le Recueil rassemble des études menées au Libéria et en Sierra Leone pendant l'épidémie de 2014-2016 en Afrique de l'Ouest. Ces études ont été réalisées par Mercy Corps, Catholic Relief Services et Samaritan's Purse.

L'analyse des barrières (BA) compare les personnes qui adoptent un comportement (« les adeptes ») à celles qui ne l'adoptent pas (« les non-adeptes »). Elle met en évidence les véritables raisons pour

lesquelles les gens agissent différemment. Ces raisons peuvent inclure ce que les gens croient, qui les influence, ce à quoi ils ont accès et ce qui leur est difficile. Il s'agit de raisons fondées sur des preuves, et non de suppositions.

Lorsque ce rapport indique qu'une personne était « 7 fois plus susceptible » de faire ou de dire quelque chose, ce chiffre provient des résultats de l'AB. Les chercheurs appellent ce chiffre « risque relatif estimé » (RRE). Un chiffre plus élevé signifie un effet plus fort.

Ces conclusions sont utiles au-delà de l'Afrique de l'Ouest. Les spécificités culturelles en Afrique de l'Est sont différentes. Mais les types de facteurs qui déterminent les comportements face à Ebola sont similaires. Ils comprennent :

- l'auto-efficacité (la conviction d'une personne qu'elle est capable d'adopter ce comportement),
- les normes sociales (ce qu'une personne pense que les autres approuvent ou désapprouvent),
- les conséquences positives et négatives (y compris la stigmatisation),
- l'accès (disposer de ce dont on a besoin pour adopter le comportement), et
- les déclencheurs d'action (rappels).

Ces facteurs ont eu une réelle influence sur de nombreux comportements étudiés. Ils sont susceptibles de jouer à nouveau un rôle important en RDC, en Ouganda et dans d'autres pays que l'épidémie pourrait toucher. Cette note de synthèse rassemble ces enseignements pour la réponse de 2026.

Principaux enseignements par comportement

1. Signalement précoce des cas suspects

Dans l'étude menée par Mercy Corps dans le comté de Montserrado (Libéria), quatre éléments distinguaient les « acteurs » des « non-acteurs » :

- **L'accès à un responsable communautaire était très important.** Les « non-acteurs » étaient six fois plus susceptibles que les « acteurs » de déclarer ne pas pouvoir joindre leur responsable communautaire.
- **L'accès au téléphone était déterminant.** Les « non-acteurs » étaient environ trois fois plus susceptibles de déclarer ne pas disposer d'un téléphone en état de marche, d'une couverture réseau ou d'un moyen de recharger leur téléphone.
- **La stigmatisation constituait un obstacle majeur.** Les « non-acteurs » étaient environ sept fois plus susceptibles de déclarer que leurs amis et voisins désapprouveraient le fait de signaler un cas.
- **Les « acteurs » étaient également motivés par le désir d'aider les autres.** Ils signalaient les cas pour protéger leur famille et leur communauté — et pas seulement eux-mêmes. Les messages axés sur la protection des autres fonctionnaient mieux que ceux visant à se sauver soi-même.

2. Appeler l'équipe chargée de l'inhumation dans les 30 minutes

Dans l'étude menée par Catholic Relief Services (CRS) en Sierra Leone :

- les « acteurs » étaient 8,2 fois plus susceptibles que les « non-acteurs » de dire que « prévenir la propagation d'Ebola » était un avantage d'appeler l'équipe chargée des enterrements.
- Mais les « acteurs » étaient également 4,3 fois plus susceptibles de dire que la quarantaine à domicile et les restrictions de déplacement constituaient un inconvénient.
- Les « non-acteurs » étaient 5,6 fois plus susceptibles de dire que la stigmatisation communautaire rendait difficile l'appel.
- Parmi les obstacles pratiques figuraient le manque de crédit téléphonique (minutes), l'absence de téléphone, la résistance de la famille et la nécessité d'informer d'abord les membres de la mosquée.

La décision était rarement prise par une seule personne. Les familles décidaient ensemble, souvent alors qu'elles étaient encore sous le choc.

3. Ne pas toucher le corps en attendant l'équipe chargée de l'inhumation

C'est là que la culture et les normes sociales entraient le plus clairement en conflit avec la santé publique.

- Les personnes ayant agi étaient 25 fois plus susceptibles que celles n'ayant pas agi de déclarer que la plupart de leurs proches approuvaient ce comportement. Il s'agit de l'effet le plus important de l'ensemble du recueil.
- L'approbation des oncles et tantes avait son importance (ERR 7,8). L'approbation des voisins aidait également (ERR 2,8). La désapprobation des frères et sœurs constituait un obstacle majeur.
- Les amendes et les règlements communautaires ont eu un effet positif (ERR 2,8).
- Les « pratiquants » étaient 7,3 fois plus susceptibles de dire qu'il n'y avait pas de tabous culturels contre ce comportement. Cela signifie que la « culture » n'est pas la même pour tout le monde au sein d'une communauté. Qualifier une pratique de « culturelle » alors que seules certaines personnes la pratiquent peut renforcer cette pratique.

4. Recours à des soins en cas de fièvre dans les 24 heures

- Les personnes qui agissaient ainsi étaient 7,7 fois plus susceptibles de dire que la plupart des gens approuvaient le fait de consulter un médecin.
- La désapprobation du mari ou de la femme constituait un obstacle majeur (ERR 7,3).
- La crainte de contracter Ebola à l'hôpital rendait la recherche de soins 3,5 fois plus difficile.
- La gratuité des soins a aidé (ERR 3,5). Les encouragements des médecins et des infirmières ont beaucoup aidé (ERR 5,1).
- Une conclusion surprenante : les « non-acteurs » étaient plus nombreux que les « acteurs » à déclarer que les hôpitaux leur prodigueraient le traitement adéquat. Ils le savaient donc. Mais ils n'y sont tout de même pas allés. La confiance dans le service n'est pas synonyme de permission sociale de l'utiliser.

5. Aider les survivants d'Ebola à retourner au travail et à l'école

Mercy Corps a constaté qu'un certificat médical officiel de bonne santé était le facteur facilitateur le plus important. Les employeurs et les responsables scolaires qui voyaient un certificat étaient près de six fois plus susceptibles (ERR 5,79) de réintégrer un survivant. Entendre le récit d'un survivant aidait également — l'empathie ressentie après avoir entendu ce récit avait presque le même effet (ERR 5,61). Le principal obstacle était la stigmatisation : la crainte que les clients, les amis et les collègues ne se détournent d'eux.

Ce que cela signifie pour 2026 : chaque survivant aura besoin d'une preuve officielle attestant qu'il n'est plus atteint d'Ebola, y compris ceux qui n'ont jamais été traités dans un établissement de santé.

6. Se laver les mains avec du savon

Samaritan's Purse a mené une étude à ce sujet à River Gee, au Libéria. Le Compendium a également passé en revue 17 études sur le lavage des mains provenant de 11 pays. Les facteurs les plus déterminants étaient :

- l'auto-efficacité (dans 75 % des études),
- les normes sociales (dans 69 % des études),
- les conséquences positives et négatives (dans 56 % des études), et
- la perception de la volonté divine (dans environ 25 % des études — les personnes qui croyaient que la diarrhée était la volonté de Dieu étaient moins susceptibles de se laver les mains).

Les personnes qui agissaient comprenaient mieux que la diarrhée est grave et que leurs propres actions peuvent la prévenir (en d'autres termes, elles avaient une auto-efficacité plus élevée).

Enseignements transversaux pour la réponse de 2026

Un petit nombre de facteurs sont revenus sans cesse, quels que soient les comportements et les contextes, lors de l'épidémie précédente. Les plans de changement social et comportemental (CSC) en RDC, en Ouganda et dans les pays voisins devraient aborder clairement chacun d'entre eux :

- **L'auto-efficacité et l'accès vont de pair.** Les gens n'adoptent souvent pas les comportements de prévention contre Ebola lorsque leur téléphone ne fonctionne pas, que le traitement n'est pas gratuit, que les responsables communautaires sont difficiles à joindre ou qu'ils ne savent pas quelles mesures prendre. Recensez les foyers disposant d'un téléphone en état de marche. Désignez des personnes à contacter en cas d'urgence. Assurez-vous que les soins sont gratuits. Simplifiez au maximum chaque mesure recommandée.
- **La stigmatisation est souvent un obstacle majeur, et non un problème mineur.** Elle a systématiquement entravé la déclaration des cas, l'appel des équipes funéraires, la recherche de soins et le retour des survivants. Abordez la stigmatisation dans vos messages. Organisez des discussions communautaires (comme les huttes « Palava » en Sierra Leone). Demandez à des personnalités locales de confiance de montrer que ce comportement est normal. Ne traitez pas la stigmatisation comme un problème mineur.
- **Les normes sociales influencent davantage les comportements que les faits.** L'approbation perçue a eu un effet 25 fois plus important — bien supérieur à tout facteur lié aux connaissances dans les études. Identifiez les personnes les plus influentes pour chaque comportement

(conjoints, oncles et tantes, voisins, chefs religieux ou employeurs). Concevez ensuite des messages destinés à ces personnes spécifiques. Ne concevez pas de messages destinés à « la communauté » en général.

- **Mettez en avant l'intérêt collectif.** Les « acteurs » ont parfois agi pour protéger leur famille et leur communauté. Cela s'est vérifié lors du signalement précoce des cas et de l'appel à l'équipe chargée de l'inhumation. Les messages visant à protéger les autres ont parfois mieux fonctionné que ceux visant à se sauver soi-même.
- **Une crise peut perturber la mémoire.** Les non-acteurs oubliaient souvent les nouveaux comportements au moment où ils étaient nécessaires. Les rappels sont importants : affiches, autocollants, numéros d'urgence placés à des endroits visibles, et voisins formés capables d'inciter les autres à agir. Ces éléments importent davantage que la fréquence à laquelle un message a été diffusé avant la crise.
- **Les outils politiques fonctionnent lorsque les communautés les soutiennent.** En Sierra Leone, les amendes, les règlements municipaux et la gratuité des traitements ont réduit les obstacles. Mais cela n'a fonctionné que parce que les leaders communautaires ont aidé les gens à considérer ces règles comme les leurs — et non comme quelque chose qui leur était imposé de l'extérieur.
- **Les survivants ont besoin d'un parcours officiel pour se reconstruire.** Sans certificat ni soutien visible, les survivants sont confrontés au rejet observé au Libéria. Cela dissuade à son tour d'autres personnes de signaler des cas.

Application de ces principes à la réponse de 2026

L'épidémie de 2026 se produit dans un contexte où de nombreuses personnes se déplacent, où les villes sont interconnectées et où les conflits armés se poursuivent. Cela rend chaque problème comportemental mentionné ci-dessus plus difficile à résoudre. En l'absence de vaccin contre le virus de Bundibugyo, le comportement constitue la principale ligne de défense.

Quatre priorités immédiates :

1. Élaborer des messages autour des facteurs qui se sont avérés importants : les normes sociales, la stigmatisation, l'accès et l'intérêt collectif. Ne pas se concentrer uniquement sur l'apprentissage de la reconnaissance des symptômes.
2. Miser sur des personnes locales de confiance (bénévoles des groupes de soins, agents de santé communautaires, voisins choisis par la communauté) plutôt que sur une campagne médiatique massive.
3. Réaliser des études rapides d'analyse des barrières sur les comportements prioritaires dans les zones sanitaires touchées. Ne pas supposer que les conclusions tirées en Afrique de l'Ouest seront entièrement transposables. Ces études peuvent être menées parallèlement à la mise en œuvre des autres enseignements.
4. Préparez dès maintenant la certification et la réintégration des survivants. Si nous ne le faisons pas, le coût d'être identifié comme un cas pourrait dissuader les gens de se signaler plus tard dans l'épidémie.

L'épidémie de 2014-2016 en Afrique de l'Ouest a été maîtrisée lorsque les intervenants ont modifié deux choses. Premièrement, ils sont passés de la sensibilisation au changement de comportement. Deuxièmement, ils sont passés de la simple instruction des communautés à la collaboration avec celles-ci pour comprendre pourquoi elles ne suivaient pas les consignes. Opérer ce changement plus tôt en 2026 permettra de sauver des vies.

Tom Davis, MPH
Consultant, Impact Global Health Alliance

Source principale : Davis T et Srinivasan A (éd.) 2016. *Ebola Barrier Analysis Compendium: Summary of Barrier Analysis Studies on Ebola-related Behaviors*. Curamericas Global. Chiffres sur l'épidémie tirés des rapports de situation de l'OMS, du CDC Afrique et du CDC, 15-18 mai 2026.