

## **Guide pratique de travail pour une bonne collaboration entre les équipes de Communication des Risques/Engagement Communautaire (CREC) et les équipes de surveillance de la Maladie à Virus Ebola (MVE)**

### **1. CONTEXTE**

La coordination des activités de riposte dans une épidémie à virus Ebola est organisée autour de plusieurs piliers à savoir : Surveillance **(1)**, Prise en charge médicale au niveau du CTE **(2)**, Communication sur les risques/engagement communautaire **(3)**, Prise en charge psychosociale **(4)**, Sécurité **(5)**, Vaccination **(6)**, Logistique **(7)**. Le pilier communication est transversal à l'ensemble des autres piliers dès lors que ses acteurs sont sensés préparer/faciliter la mise en œuvre de toutes les actions de santé publique ainsi que les activités autour des cas d'Ébola. Le pilier surveillance qui oriente la riposte a en charge : la détection rapide, l'investigation, et la validation /invalidation des suspects pour contrôler l'évolution de l'épidémie. L'étroite collaboration entre ces deux piliers est fondamentale pour l'arrêt de la chaîne de transmission et donc pour la fin de l'épidémie.

Pour l'épidémie d'Ébola au Nord-Kivu, ces deux équipes travaillent certes ensemble depuis le 1<sup>er</sup> août 2018 mais, les modalités de collaboration, les bonnes pratiques ne sont pas identifiées, documentées, partagées et validées entre elles. Cet outil vise donc à organiser les relations entre ces deux piliers dans le cadre de la riposte contre Ébola pour des actions effectives, efficaces et durables. Il est organisé en différents chapitres : les défis, les différents scénarii identifiés, les stratégies de mise en œuvre, les « à faire » et « à ne pas faire » sur le terrain.

### **2. LES DEFIS/CONSTATS? DE TERRAIN**

Les situations ci-après sont vécues sur le terrain dans le cadre de la collaboration entre les équipes CREC et les équipes de Surveillance et qui constituent des défis à relever:

- L'arrivée tardive des équipes de surveillance dans les ménages et Formations Sanitaires (FOSA) ;


- Certains membres des équipes de surveillance contribuent à stigmatiser le malade/famille par leur comportement et leur façon de communiquer;
- Certains investigateurs manquent d'empathie envers le malade/la famille affectée ;
- Certains membres des équipes de surveillance ne respectent pas les us et coutumes de la communauté ;
- Certains membres des équipes de surveillance ne parlent pas ou ne comprennent pas la langue locale, ne peuvent donc pas communiquer avec les communautés s'ils ne sont pas accompagnés par des locaux ;
- Les investigateurs envoyés sur le terrain mais qui ne sont pas familiers des relations entre la communauté et le personnel de santé au niveau local ;
- Certains investigateurs ne collaborent pas avec les communicateurs : ils ne partagent pas les listes des contacts, ils ne font recours aux communicateurs que lorsque les situations semblent se compliquer sur le terrain ;
- Certains membres des équipes de surveillance ne restent pas assez longtemps sur le terrain (dans la communauté) au motif d'avoir trop d'alertes à investiguer ou par crainte pour leur sécurité ;
- Certains investigateurs invalident les alertes sans avoir rencontré les suspects;
- Certains investigateurs refusent d'investiguer le malade dans les ménages et préfèrent plutôt qu'on leur amène les malades dans les Formations Sanitaires
- Certains investigateurs se contentent de consulter les registres dans les structures de santé, valident sans avoir vu le malade et déclarent une résistance ou une évasion ;
- Faible implication des prestataires locaux dans les investigations.

### 3. LES SCENARII VECUS SUR LE TERRAIN

#### a) Un malade retrouvé dans un ménage, alerte validée mais refuse d'aller au CTE/CT

Lors de la visite dans les ménages, les RECO détectent le malade, remontent l'alerte puis l'investigateur après investigation, valide le cas pour le transfert au CTE ;

Face au refus du malade d'aller au CTE, il faut identifier la personne qui a une influence immédiate sur elle : professionnelle (son patron), familiale (un oncle, un parent, une tante...),



morale, religieux (son pasteur, curé, son imam...), sanitaire (infirmier ou médecin), social (les amis, les collègues, entourage) ...

Ces démarches visent à obtenir la coopération du malade puis son transfert rapide au CTE.

Si le refus persiste, le communicateur en lien avec la coordination de la riposte peut faire recours à l'autorité politico-administrative de l'entité (le chef de cellule, chef de quartier, bourgmestre, maire de la ville, procureur...)

Si le refus continue de persister malgré les nouveaux recours, les équipes CREC doivent sensibiliser les voisins, les amis et contacts pour qu'il n'y ait pas de contacts entre eux et la famille ou le malade qui résiste.

Lorsque nous obtenons le transfert du malade au CTE, deux résultats sont attendus :


- Le résultat est révélé positif à la MVE : le communicateur rentre dans le ménage, avec le psychologue qui est venu annoncer le résultat, pour les actions de santé publique : préparer la famille au listage des contacts (à haut risque et contacts à faible risque), suivi des contacts, vaccination, décontamination du ménage et de la structure par laquelle est passé le patient, etc.
- Le résultat se révèle négatif : dans ce cas les actions à mener sont réduites, la communication et la psychosociale se limitant à faciliter la réinsertion du patient sorti dans sa communauté et le sensibiliser sur les comportements à risque et à sensibiliser sur le risque de stigmatisation

Souvent lorsque le résultat du malade est révélé positif, nous assistons à plusieurs scénarii :

#### **b.) La famille du cas confirmé coopère mais l'entourage ne coopère pas**

Dans ce cas de figure, nous apprécions la gravité des faits : soit utiliser la famille pour conscientiser les voisins soit utiliser les responsables politico-administratifs (nyumba kumi, chef de cellule, chef de quartier). Si cela ne produit pas l'effet attendu, on peut utiliser les non-apparents (église, amis, parents) qui vont tenter à leur tour de conscientiser les voisins. Dans ce cas, identifier d'autres influenceurs dans le quartier (directeurs d'école, préfets des études,





curé....) pour parler avec les voisins et le travail de communication ne doit pas s'arrêter. D'autres influenceurs peuvent être identifiés.

**c.) La famille ne coopère pas mais le voisinage coopère**

Face à une réticence à toutes les actions de santé publique dans une famille, on négocie avec le responsable de la famille en faisant recours à toutes les influences possibles. Si la résistance continue, ses voisins sont mis à contribution pour lever la réticence. En cas d'échec, les influenceurs cités plus haut sont sollicités pour lever la résistance de la famille en leur montrant les risques qu'ils encourent.


**d.) La famille concernée et les ménages voisins ne coopèrent pas**

Dans la plupart des cas, cette situation intervient quand le quartier ou la cellule notifie son premier cas ou lors des décès du cas confirmé dans la cellule ; dans ce cas nous laissons les familles se ressaisir et finir les cérémonies funéraires, le temps pour nous d'identifier la personne intermédiaire qui peut nous permettre d'accéder au ménage pour les actions de santé publique. Une analyse de la situation est nécessaire avec l'aide des socio-anthropologues.

**e.) Un malade validé par l'investigateur, lui et sa famille et les voisins acceptent d'aller au CTE**

Souvent dans ce genre de circonstances, les équipes d'investigation font l'erreur en demandant à la communication de ne plus se présenter car selon eux, le cas coopère déjà, comme qui dirait les communicateurs n'ont rien à faire dans ce genre de circonstances. Pourtant, la communication doit continuer les actions de sensibilisation à titre préventif car des réactions négatives peuvent arriver (rumeurs, désinformations...) qui vont pousser les membres de la famille ou voisins à changer d'avis ou des erreurs des équipes de la riposte qui entraînent des résistances. La confiance de la communauté doit être obtenue et anticipée.

**f.) Le malade est convaincu du transfert au CT ou CTE mais une fois arrivé, il n'y a pas de places**



Dans ce cas, les équipes de communication le conscientise et le réconforte le temps de trouver une place et s'informent auprès du CT, d'un déchargement (dans les deux heures). Sinon, voir avec les équipes de surveillance, le lieu d'isolement possible dans la structure la plus proche. S'il refuse on lui demande sa proposition à l'exception de rentrer à la maison. Rester dans l'ambulance est une alternative possible, le temps de décanter la situation.

Si le suspect décède en cours de route, il faut s'assurer que l'ambulance arrive jusqu'au CTE pour que le SWAB soit réalisé. En cas de résultat positif, la communication et le psychologue du CTE seront chargés d'informer la famille.

**g.) Le suspect est confirmé positif mais disparaît et retourne dans la communauté**


Les équipes de communication se mobilisent pour le rechercher dans la communauté en s'assurant d'avoir le maximum d'informations sur lui auprès des équipes de la surveillance. S'il est retrouvé dans la communauté encore malade, les équipes informent la surveillance et organiser ensemble son retour au CTE. S'il est retrouvé avec absence des signes, les équipes le conscientise de rentrer au CTE pour examens et les équipes de prise en charge l'informent sur les possibilités d'erreurs au laboratoire et l'encouragent à respecter les règles d'hygiène, de consulter en cas de signes et de se faire vacciner.

**h.) Les familles du cas confirmé acceptent la vaccination et la décontamination mais refusent le suivi.**

Dans cette circonstance, nous choisissons parmi les contacts de la même famille, celui qui coopère pour nous aider à l'acceptation du suivi ; ou nous demandons l'appui d'un voisin pour le suivi ou un ami de la famille ou identifier un des influenceurs et le solliciter pendant toute la durée du suivi (21 jours) pour lever la résistance.

**i.) Appui à la recherche des perdus de vue (il a été suivi pendant quelques jours mais n'est plus vu depuis 3 jours)**

Nous mettons à contribution nos RECO de la SBC de la cellule et les non-apparents, pour se renseigner de manière continue auprès de la famille, des voisins et des influenceurs sur la situation du cas concerné, les raisons de son départ et le lieu de déplacement, la date du



retour et nous informons les équipes surveillance sur la destination du cas recherché. Impliquer les animateurs des CAC.

**j.) Appui à la recherche des non vus (un contact qui a été listé mais qui s'est absenté pendant le suivi)**

S'informer auprès de la famille, des voisins et des influenceurs sur le lieu de déplacement, la date du retour et informer les équipes de surveillance pour relayer l'information sur la destination du cas recherché et s'assurer qu'il sera de retour au plus tard le lendemain pour le suivi. Dans ce cas, les équipes doivent retourner le lendemain pour s'assurer du retour sinon, ils doivent informer la surveillance.

**k. Appui à la recherche des jamais vus (listé par la surveillance mais jamais vu)**

Les équipes de communication doivent s'assurer auprès des équipes de surveillance de l'existence de ces contacts et qu'ils ne sont pas fictifs (adresse, numéros de téléphone) car parfois le listage est fait trop rapidement par les équipes de surveillance. S'il est avéré qu'ils sont contacts, solliciter les influenceurs pour les retrouver.

**l.) Contribution de la communication à la remontée des alertes**

**a. En situation normale (pas d'insécurité et pas de flambée des cas)**

- Les RECO de la surveillance à base communautaire effectuent des visites à domicile puis déclenchent les alertes
- L'alerte parvient au centre d'alerte par appel direct ou par l'intermédiaire d'un superviseur de la SBC
- L'investigateur qui est de la surveillance, en principe accompagné du RECO ayant alerté est appelé à aller investiguer pour valider ou invalider le cas
- Si le cas est validé, le communicateur revient pour sensibiliser le patient à se rendre au CTE pour une prise en charge adéquate





## b.) Lors des situations d'urgence (situation d'insécurité, plusieurs cas en même temps)

- Des équipes conjointes multisectorielles sont constituées : celles-ci réagissent avec promptitude et les étapes ci-haut énumérées sont exécutées dans l'ensemble:
- ✓ Travail en commun avec les investigateurs pour lister les contacts en vue de leur suivi et vaccination;
- ✓ Implication des RECO dans la localisation, l'identification et la conscientisation des contacts
- ✓ Mobilisation des RECO et des leaders communautaires dans la sensibilisation des contacts à la vaccination

## 4. STRATEGIE DE MISE EN ŒUVRE

### 1. En situation normale (pas de refus)

Action	Pilier/Responsable	Rôle de la communication	Rôle de la Surveillance
<b>Remonter l'alerte</b>	Tous/Communication et surveillance	Se rassurer que l'alerte est bien notifiée, que l'investigateur est disponible, préparer le patient au transfert et à la réception des résultats du laboratoire (négatif ou positif), préparer la famille et les voisins aux actions de santé publique qui vont suivre	Recherche active des alertes
<b>Investigation</b>	Surveillance	Accompagnement et briefing de l'investigateur et du patient	Investigation approfondie
<b>Validation du cas</b>	Surveillance	Préparer le patient au transfert au CTE : communiquer sur la nécessité pour le malade et pour la communauté d'aller au CTE, lui parler de la prise en charge au CTE, la durée de l'attente des résultats...	Prise de décision sur la validation

<b>Transfert du Malade au CTE (Ambulance ou Vainqueur)</b>	Prise en charge	<p>Rassurer le patient de sa prise en charge en contribution avec les équipes psychosociales</p> <p>Faciliter le pré-listage des contacts dans la famille et dans son entourage : cette action facilite le suivi des contacts dans le cas où le résultat se révèle positif au laboratoire ;</p> <p>Suivi avec l'équipe Communication et Psy du CTE</p>	informé les équipes de la prise en charges
<b>Listage des contacts (lorsque le résultat est positif)</b>	Surveillance	Sensibiliser les contacts à se faire lister pour un bon suivi pendant 21 jours, vu leur proximité avec le malade pendant qu'il présentait des signes ; les préparer également à se faire vacciner ; préparer ces contacts à recevoir les autres équipes de la riposte (distribution des Kits alimentaires, hygiéniques et funéraires ; décontamination...)	Listage des contacts
<b>Annonce des résultats du laboratoire</b>	Psychosociale et Communication	Se rassurer de la qualité de la personne qui doit recevoir les résultats ; préparer la famille à la réception des résultats et des attitudes à adopter ; leur annoncer les prochaines étapes/actions de santé publique	
<b>Suivi des contacts</b>	Surveillance	Se rassurer de posséder la liste actualisée des contacts, les sensibiliser et les mobiliser pour la vaccination, se rassurer que tous les contacts listés sont suivis ; préparer les contacts qui deviennent suspects à l'intervalle de 21 jours à se rendre immédiatement dans les CT/CTE, conscientiser les réticents au suivi et à la vaccination jusqu'à obtenir leur accord et leur adhésion à la vaccination, accompagner les RECO de suivi des contacts et sensibiliser sur	Se rassurer de l'évolution de l'état de santé du contact



		l'importance de ne pas se déplacer avant 21 jours de suivi...	
<b>Recherche des contacts non vus, perdus de vue, jamais vue</b>	Surveillance et Communication	Mettre à contribution le RECO qui contrôle la zone de résidence du contact disparu ; s'informer auprès de la famille, des voisins et des influenceurs sur le lieu de déplacement, la date du retour et remonter aux équipes surveillance pour relayer l'information sur la destination du cas recherché ; et enfin s'assurer qu'il sera de retour ou qu'il est de retour ou qu'il ne reviendra pas (dans ce cas on partage les informations avec les équipes de la zone où le contact est parti pour prendre action).	
<b>Recherche des évadés des structures de santé ou des CT/CTE</b>	Surveillance et communication	Analyser les circonstances ayant favorisé l'évasion du patient suspect ou confirmé, relayer le message d'alerte déclenché par la surveillance, auprès de nos points focaux positionnés dans les FOSA, et mettre en alerte les zones de santé ou Aires de santé voisines, informer les RECO de la SBC, les chefs des cellules et de 10 maisons.	
<b>Renforcement des capacités des équipes de la Surveillance</b>	Surveillance et communication	Renforcement des capacités en Communication des Risques et Engagement communautaire	Surveillance

## 5. A FAIRE

**La surveillance devra :**

- Harmoniser avec la communication pour se rassurer que le terrain est bien préparé avant de venir investiguer ;

- Etre en collaboration permanente avec la communication pendant que les investigateurs sont sur le terrain ;
- Compatir avec la famille ou le malade pendant l'activité ;.
- Réconforter le malade avec l'appui de la communication, pendant l'investigation et le rassurer que la vie est toujours possible même s'il y a EBOLA et qu'on peut en guérir car les traitements sont disponibles ;.
- Se familiariser et respecter les us et coutumes du milieu local ;
- Partager les résultats et les rapports avec la communication et notamment la liste des contacts ;
- Instruire les investigateurs de se rendre dans la communauté pour investiguer toutes les alertes et ne pas se limiter seulement aux FOSA ;
- Suivre réellement les contacts dans la communauté.

## 6. A NE PAS FAIRE

### La surveillance ne devra pas :

- Entrer de manière « brutale » dans la communauté ;
- Improviser et descendre sur le terrain avant d'harmoniser avec la communication ;
- Contredire le message émis par la communication avant concertation ;
- Mener toute activité de santé publique avant que la famille n'ait achevée les cérémonies d'enterrement ;
- Ignorer les us et coutumes de sa zone d'intervention ;
- Cacher des informations aux équipes communication ;
- S'adonner à des querelles et se contredire devant la communauté ;
- Dire des choses erronées, ou effectuées des promesses irréalisables ;
- Frustrer le malade/la famille pendant l'investigation ;
- Cacher des informations au patient ou à la famille à propos de l'investigation ;
- S'approprier la réussite des actions (nous sommes une seule équipe même si les piliers ont des appellations distinctes) ;
- Valider ou invalider les cas avant de rencontrer les personnes.