

REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO
MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE



DIRECTION DE LUTTE CONTRE LA MALADIE

**Module de formation en communication
sociale, comportementale et de risque et/ou
crise en cas d'une flambée de l'épidémie de la
maladie à virus Ebola (MVE)**

*Une communication basée sur une approche communautaire dans le cadre d'un partenariat
multiforme et multisectoriel*



Kinshasa, Octobre 2014

Remerciements

Le présent document que nous mettons à la disposition de tous ceux qui s'intéressent et interviennent dans le domaine de la lutte contre la maladie à Virus Ebola a pour but de mettre en œuvre les activités de communication basées sur une approche communautaire dans le cadre d'un partenariat multiforme et multisectoriel dans le contexte de la maladie à virus Ebola et se base sur les expériences pratiques de la République Démocratique du Congo, au cours de la gestion de ses six précédentes épidémies.

En effet, il n'est pas lassant de rappeler que la maladie à virus Ebola constitue un problème important de santé publique dans notre pays et dans les autres pays du monde. Elle est classée comme urgence médicale de troisième degré.

Par ses dévastations, elle constitue un frein au développement.

Sept crises durant entre 1977-2014, le Ministère de la santé publique de la RDC et ses partenaires dont Unicef, OMS, JHU, CDC, PATH, Croix Rouge, MSF et autres ont mené des actions et activités souvent novatrices, pour réduire la morbidité et la mortalité causées par cette maladie. Les résultats obtenus sont le fruit d'un engagement politique et communautaire très fort.

Tirant les leçons du passé le Ministère de la santé publique de la RDC et ses partenaires proposent ce module conçu actuellement comme un nouvel outil pour l'exécution des activités de communication avant, pendant et après la riposte contre l'épidémie de la maladie à virus Ebola. Ce module présente une vue d'ensemble des actions de communication pouvant aider les pays à réduire la morbidité et la mortalité liée à cette maladie, ainsi qu'au danger qu'elle représente comme frein au développement.

Puisse ce module servir de repère à tous les intervenants contre la maladie à virus Ebola, dans le but d'un engagement vers la convergence et la synergie des interventions afin de contribuer à l'amélioration de la communication en période d'épidémie de la maladie à virus Ebola.

Dr Felix KABANGE NUMBI
Ministre de la Santé Publique
République Démocratique du Congo

Ont participé à l'élaboration du présent module :

Dr Ndakakanu Jean Paul (MSP)

Dr Mols Vaka (MSP)

M. Kamanda Raoul (MSP)

Mme Fwelo Mwanza, Marie Claire Thérèse (OMS)

M. Moke Kikuma, Médard (UNICEF)

Pr Kakudji Kyungu Aimé (Unilu/ UNICEF)

Mme Nsuka Astrid (UNICEF)

Mme Ballester Bon Helena (UNICEF)

Avec la collaboration de Mme Elli Leontsini et M. Peter Winch (John Hopkins), Pr Saka Saka Antoine (UNICEF), Mme Tahina Farellia (UNICEF).

TABLE DE MATIERES

<i>Chapitre 1- Résumé exécutif</i>	6
1.1 Objectif du module et public cible	6
1.2 Utilisation du module	8
<i>Chapitre 2 - Interventions majeures</i>	9
2.1 Principes directeurs	9
<i>Encadré 1 : Principes directeurs relatifs à la communication lors des flambées de la maladie à virus Ebola</i>	9
2.2. Activités de communication à mener lors de l'arrivée de l'équipe	10
2.3 Interventions majeures.....	11
Section 1 : Evaluation de la situation et analyse du contexte	12
<i>Encadré 2 : Exemple des informations collectées sur les organisations-clés et leurs ressources</i>	14
Section 2 : Plaidoyer auprès des APA et socio-économique à tous les niveaux.....	15
Section 3 : Coordination effective et efficace des interventions de la communication	16
Section 4 : Renforcement des capacités des acteurs en communication.....	18
Section 5 : Élaboration du plan d'action de communication	19
<i>Encadré 3 : Exemple de tableau d'analyse comportementale</i>	19
<i>Etude de cas 1 : MVE à Menga, Gabon – 2010</i>	20
Section 6 : Mise en œuvre du plan d'action de communication dans la communauté	24
<i>Encadré 4 : Exemple de tableau pour la mise en œuvre du plan d'action</i>	24
Section 7 : Prévention et gestion des résistances et des rumeurs.....	27
<i>Etude de cas 2 : MVE à Kikwit, RDC</i>	28
<i>Encadré 6 : Dialogue avec les communautés, expérience de Lokolia, RDC</i>	28
<i>Encadré 7 : Dialogue communautaire (cas de Isiro, RDC)</i>	29
Section 8 : Travailler avec les Médias dans les situations d'urgence	31
<i>Encadré 8 : Ce dont les média ont besoin</i>	34
Section 9 : Ecoute et retro-information durant la flambée épidémique.....	35
<i>Etude de cas 3 : Les croyances et facteurs explicatifs de la causalité de la propagation de la maladie à virus Ebola : une relecture socio culturelle et sanitaire de la riposte, cas de l'épidémie d'Isiro/RDC, 2012</i>	36

Section 10 : Suivi et évaluation de la communication pendant et après la flambée	37
Encadré 9 : Résultats de l'évaluation de la communication réalisée durant la flambée de l'épidémie de MVE à Isiro, RDC en 2012	40
Encadré 10 : Exemple des questions à poser pour évaluer une flambée	42
<i>Chapitre 3 : Approche anthropologique</i>	43
3.1 Position du problème	43
3.2 Objectifs.....	43
3.3 Notions clés de l'anthropologie.....	44
Définition	44
Objet de la discipline	44
Outils de collectes des données	44
Anthropologie médicale	44
Anthropologie du corps.....	45
Le relativisme culturel	45
3.4 Contribution de l'anthropologie à la riposte aux flambées.....	46
Etude de cas : Résultats de l'étude anthropologique sur l'expérience de la MVE à Djera (Lokolia)	47

Chapitre 1- Résumé exécutif

1.1 Objectif du module et public cible

Les flambées épidémiques de maladie à virus Ebola (MVE) constituent un problème de santé publique majeur pour les Etats d'Afrique sub-saharienne en raison du risque important de propagation nationale et internationale de la maladie et requiert une action internationale coordonnée.

Eu égard aux différentes épidémies de la MVE dans le passé et aux épidémies actuelles, les enjeux majeurs contribuant à la propagation de la maladie incluent :

- La méconnaissance et l'incompréhension de la maladie par les communautés du fait qu'il s'agit d'un phénomène non habituel ;
- Le manque d'expérience du personnel de santé et les capacités limitées pour une réponse rapide à l'épidémie ;
- Une exposition élevée des communautés au virus via les pratiques ou soins à domicile et les rites funéraires traditionnels causant de nombreux décès communautaires créant la panique et l'anxiété ;
- Le grand nombre d'interprétations, idées erronées et rumeurs au sujet de la maladie qui conduisent au déni, à la défiance et au rejet des interventions de santé publique proposées ;
- La crainte de la maladie par le personnel de santé travaillant en première ligne occasionne soit des problèmes de prise en charge, soit l'utilisation sous-optimale des mesures de protection adéquates ;
- De forts liens communautaires et des mouvements de population au sein du pays et au-delà des frontières est un sérieux obstacle au suivi des contacts au sein du/des pays.

En raison des défis liés au risque de propagation, à l'ampleur et à la répartition géographique de l'épidémie de MVE dans le(s) pays affectés, la riposte nécessite d'importantes capacités essentielles et des structures solides. Les interventions immédiates de riposte à l'épidémie de la maladie à virus Ebola doivent viser à interrompre la transmission du virus dans les zones affectées et à prévenir la propagation de la MVE dans les pays voisins à risque.

Aussi, une communication proactive basée sur une grande mobilisation et participation communautaires expérimentée en RDC est indispensable pour amener les populations à adopter des comportements de protection et de prévention et à s'approprier de la lutte en vue de réduire les risques liés à la MVE. C'est dans ce cadre que ce module de formation est élaboré.

Le public cible de ce module est constitué principalement de différents acteurs en communication du risque lié à la situation d'urgence/crise consécutive à l'épidémie de la MVE au niveau national, des districts sanitaires et au niveau communautaire. Ces acteurs sont notamment : les responsables politiques, religieux, traditionnels et des organisations socio-communautaires, les leaders d'opinion, les professionnels de santé, les professionnels des médias, les enseignants, etc.

Il convient de souligner que tout acteur engagé dans la prévention et la lutte contre la MVE et de facto un communicateur essentiel et indispensable pour la réussite de la riposte.

L'objectif de ce module intitulé « *Module de formation en communication sociale et comportementale et de risque /crise en cas d'une flambée de l'épidémiques de maladie à virus Ebola* » est d'améliorer les connaissances et les compétences des acteurs en communication de risque /crise, à tous les niveaux, dans la préparation et la réponse à l'épidémie MVE à travers une forte mobilisation communautaire et sociale dans le cadre d'un partenariat multiforme et multisectoriel.

Cette approche communautaire, expérimentée en RDC est concrétisée par l'engagement, la responsabilisation précoce et la participation des communautés pour la mise en place des mesures de prévention et de contrôle dans la riposte à l'épidémie sont cruciaux pour interrompre rapidement la transmission.

Ce processus d'engagement des communautés devrait commencer par l'établissement d'un **dialogue avec les leaders d'opinion et communautaires** identifiés à tous les niveaux (chefs traditionnels, responsables religieux et politiques, leaders de la société civile, acteurs de la médecine traditionnelle ...).

Ce dialogue permettra de partager l'information sur la maladie et de trouver conjointement des solutions à adapter localement afin d'arrêter la transmission de la MVE (soins à domicile, rites funéraires sécurisés, et accès précoce aux centres de traitement entre autres).

Les communautés et leurs leaders locaux doivent être impliqués dans l'identification des solutions locales et des moyens efficaces à mettre en place pour arrêter la transmission de la maladie. **Un engagement complet de la communauté pour rechercher les contacts et atténuer les risques est indispensable.**

Les responsables politiques, ainsi que les autorités locales, traditionnelles et religieuses et des leaders d'opinion à tous les niveaux devront eux aussi s'engager dans le processus de mobilisation sociale et de définition d'actions communautaires.

Les messages et supports d'information cibleront les diverses populations/audiences en se basant sur les résultats des évaluations relatives aux connaissances, attitudes, pratiques, comportements des communautés et autres facteurs sociaux, anthropologiques, culturels et culturels.

Une communication efficace des informations, basée sur une grande mobilisation communautaire à tous les niveaux de la société et utilisant de différents moyens et canaux multimédias (communicateurs en santé, média de masse, médias traditionnels, leaders d'opinion,...) ainsi que la communication interpersonnelle, permettra d'améliorer les connaissances sur l'Ebola pour l'adoption de comportements de prévention et de protection. Des mécanismes de gestion des rumeurs dans la communauté seront mis en place.

Les capacités du personnel de santé au niveau local et des communautés seront renforcées (formation, ressources, matériels, guides, directives, etc.) afin de garantir leur appropriation de la prévention et la lutte contre la maladie et la pérennité des résultats.

Par ailleurs, la riposte à l'épidémie de MVE demande d'importantes ressources (capital humain, financement, produits technologiques, fournitures médicales et moyens logistiques) pour assurer une mise en œuvre efficace des activités de riposte à la flambée. D'où la nécessité d'un plaidoyer fort pour obtenir des mesures publiques et mobiliser les ressources appropriées auprès de multiples sources de financement (gouvernements, communauté de donateurs, système des Nations Unies, organisations non gouvernementales, secteur privé, etc.), pour soutenir la mise en œuvre des activités de riposte à l'épidémie. Des ressources humaines suffisantes (locales, nationales et internationales) seront également mobilisées pour assurer la mise en œuvre des activités de lutte contre la flambée, à tous les niveaux.

1.2 Utilisation du module

Dans un contexte de crise lié à l'épidémie de la MVE, ce module vise à aider les acteurs en communication à acquérir les compétences et les capacités nécessaires pour mettre en œuvre de façon efficace et efficiente les interventions essentielles suivantes :

- Mener une évaluation rapide de la situation ;
- Identifier les risques pour les individus, familles et communautés en vue de faire prendre conscience et améliorer la perception du risque et de promouvoir les comportements favorables ;
- Mobiliser les acteurs et membres clés des communautés, analyser leurs rôles et responsabilités afin de planifier et de conduire les actions de lutte contre la MVE ;
- Capaciter et habiliter les communautés pour qu'elles deviennent autonomes et s'approprient des activités de prévention et réduction des risques liés à la maladie pour pérenniser les résultats ;
- Planifier et mettre en œuvre à travers une forte mobilisation communautaire les actions de communication efficaces en direction de différents publics/cibles ;
- Mettre en place un système de coordination efficace des interventions ;
- Suivre et évaluer les interventions de communication avec les acteurs clés des communautés ;
- Documenter les expériences communautaires.

Chapitre 2 - Interventions majeures

2.1 Principes directeurs

Encadré 1 : Principes directeurs relatifs à la communication lors des flambées de la maladie à virus Ebola

■ 1. Confiance

Le principe clé de la communication en cas de flambée consiste à s'exprimer de façon à établir, conserver et/ou restaurer la confiance entre le public et les responsables de la lutte contre la flambée. Sans cette confiance, le public ne peut ni croire ni réagir aux informations communiquées lors d'une flambée.

■ 2. Annonce précoce

La communication proactive d'un risque réel pour la santé lié à la MVE est essentielle afin de mettre en garde les communautés concernées et de minimiser la menace. Une annonce précoce prévient les rumeurs, la désinformation et la panique. Plus l'information est retenue plus celle-ci paraîtra inquiétante lorsqu'elle sera révélée, surtout si elle provient d'une source extérieure. Une annonce tardive ébranlera la confiance de la population quant à la capacité des autorités de santé publique à gérer la flambée.

■ 3. Transparence

Maintenir et conserver la confiance du public tout au long d'une flambée exige une transparence constante et notamment des renseignements complets et en temps opportun sur le risque réel ou potentiel et sur la façon dont il est géré. Des informations transparentes, sans être fondées sur la peur, devront être communiquées au fur et à mesure que surviennent de nouveaux événements. La transparence devrait être la qualité principale de la relation entre les responsables de la lutte contre la flambée, les communicateurs, le public et les partenaires. Elle favorise la prise de décisions associée à la maîtrise des flambées.

■ 4. Écoute

Pour que la communication soit efficace, il est essentiel de comprendre la façon dont le public appréhende les messages diffusés, perçoit les risques et s'en préoccupe. Sans comprendre comment les individus, familles et communautés comprennent et perçoivent un risque et quelles sont leurs pratiques et leurs croyances, les décisions et les changements de comportement nécessaires pour protéger la santé pourraient ne pas survenir et les perturbations économiques et sociétales pourraient alors être plus graves.

■ 5. Planification

Les messages adressés au public en période de flambée de MVE constituent un défi énorme pour tout acteur en communication. C'est pourquoi la communication demande une planification solide qui respecte les principes décrits ci-dessus et qui se base sur une approche communautaire et multisectorielle. La planification de la communication est essentielle, mais le plus important est qu'elle se traduise en actions efficaces mises en œuvre avec les communautés concernées pour obtenir un impact comportemental souhaité.

2.2. Activités de communication à mener lors de l'arrivée de l'équipe

Dès qu'une équipe d'étrangers qui parlent une langue étrangère arrive, les membres de la communauté vont commencer à poser des questions. Ils demanderont: «Qui sont ces gens?», "Que font-ils ici?", Et "que veulent-ils?". S'il y a un retard dans la communication de ces explications, il peut contribuer à créer un climat de méfiance indésirable.

Par conséquent, **nous recommandons qu'il y ait une communication immédiate aux membres de la communauté, avant même qu'une évaluation ait été menée.**

La première tâche du communicologue dès l'arrivée de l'équipe dans la communauté et de se mettre en contact avec un homologue local qui parle les langues locales et soit toujours prêt à aider, comme par exemple un relais communautaire, ou tout simplement un volontaire crédible. La deuxième tâche est de rendre visite aux autorités politico-administratives et traditionnelles pour présenter les civilités et leur présenter votre intervention.

Les activités essentielles du communicologue tout au long de l'intervention sont:

1. Mettre en place une campagne d'information efficace contenant des support visuels (photos) pour expliquer ce qu'est le CTE ;
2. Faire du plaidoyer auprès des décideurs ;
3. S'assurer de l'engagement de la communauté ;
4. Promouvoir les comportements positifs ;
5. Développer une réponse à la résistance aux efforts de riposte.

Une **campagne d'information sur les plans de mise en place d'un nouveau CTE** doit être mise en place en tout premier lieu afin que la communauté puisse décider s'il s'agit de quelque chose de souhaitable pour eux et assurer ainsi leur engagement et collaboration. Voici quelques exemples de messages qui pourront être largement diffusés lors de cette campagne d'information :

- "De la nation congolaise au peuple libérien" ou "de vos voisins congolais" ;
- Notre centre ressemble à ceci [montrer des photos d'un CTE déjà établi]; c'est là que nous prendrons soin en toute sécurité de chaque personne malade (les membres de la communauté pourront regarder les photos, et poser des questions) ;
- Le CTE prendra en charge en toute sécurité toutes les personnes atteintes du virus Ebola en traitant leur diarrhée, les nausées, leur fièvre; nous les tiendrons hydratés et donc plus forts; nous leur donnerons toute la nourriture dont ils en ont besoin, etc., et donc ça rendra leurs corps plus forts afin de pouvoir lutter contre l'infection par le virus Ebola ;
- Les gens qui cherchent les soins immédiatement après présenter les symptômes auront plus de chances de survivre ;
- {Plus tard ajouter}: « Nous avons traité X cas d'Ebola, et jusqu'à présent X personnes ont pu recouvrer leur santé »

Il est fortement conseillé de **démarrer cette campagne initiale après avoir informé les chefs et les leaders communautaires, et en ayant sollicité leur appui et collaboration.**

2.3 Interventions majeures

Les interventions sont divisées en 10 sections :

- Section 1 : Evaluation de la situation et analyse du contexte
- Section 2 : Plaidoyer auprès des APA et socio-économique à tous les niveaux
- Section 3 : Coordination effective et efficace des interventions de la communication
- Section 4 : Renforcement des capacités des acteurs en communication
- Section 5 : Élaboration du plan d'action de communication
- Section 6 : Mise en œuvre du plan d'action de communication dans la communauté
- Section 7 : Prévention et gestion des résistances et des rumeurs
- Section 8 : Travailler avec les Médias dans les situations d'urgence
- Section 9 : Ecoute durant la flambée épidémique au niveau de la communauté
- Section 10 : Suivi et évaluation de la communication pendant et après la flambée

Section 1 : Evaluation de la situation et analyse du contexte

Objectif : à la fin de cette section, le participant doit être capable de mener une évaluation de la capacité existante en matière de communication au public et récolter les informations se rapportant aux contextes socioculturels, aux comportements à risque et à la compréhension communautaire de la MVE.

Lors d'une intervention d'urgence, l'équipe ne dispose pas du temps nécessaire pour réaliser une évaluation exhaustive du contexte, suivie de l'analyse des résultats de l'évaluation, avant de commencer la mise en œuvre des activités de communication. Il est donc essentiel pour pouvoir déterminer les comportements à risque et les facteurs qui favorisent ou empêchent la pratique de chaque comportement à travers l'observation et les rencontres avec :

1. Les autorités locales;
2. Les responsables communautaires ;
3. Les organisations clés et les personnes influentes (y compris les autorités religieuses et traditionnelles et guérisseurs traditionnels)

Par ailleurs, il convient aussi de déterminer les possibles collaborations et contributions des partenaires publics et privés.

L'évaluation rapide de la situation sera menée par une équipe multisectorielle.

1.1 Rencontres avec les autorités locales

Dès l'arrivée de l'équipe il convient de mettre en place d'une stratégie pour engager la communauté comme partenaire central dans la riposte à l'épidémie. On ne peut pas réaliser une mobilisation effective sans engager tout d'abord les membres de la communauté. Pour cela, le premier pas est de rencontrer les autorités locales et solliciter leur appui et collaboration, puis inviter les leaders communautaires et les autres membres de la communauté à prendre part dans un processus de planification sur la façon d'identifier les personnes affectées par la MVE.

Les objectifs principaux de rencontrer les autorités politico-administratives locales sont :

- Présenter les civilités, le but de la mission et échanger les informations ;
- Recueillir des informations sur les personnes influentes, les organisations clés et les réseaux comme acteurs potentiels de la mise en œuvre des activités de communication dans la riposte à la MVE ;
- Obtenir de l'assistance de personnes ressources pour accompagner l'équipe dans la collecte des informations souhaitées.

1.2 Rencontre des responsables communautaires

Rencontrer les personnes responsables identifiées au sein de la communauté (chefs de villages, chefs traditionnels, etc.) et évaluer la situation en cours lors d'une réunion qui sera présidée par l'autorité locale (politique ou sanitaire) ou par le coordonnateur du comité de lutte. Au cours de cette réunion il faudra :

- Expliquer les objectifs de la mission à savoir : appuyer les activités de communication dans la riposte et mobiliser les communautés pour qu'elles s'approprient de la lutte contre la MVE ;
- Examiner les plans, activités et différents messages de communication existants, ainsi que les canaux de communication efficaces à tous les niveaux ;
- Cerner toute différence importante dans les messages des partenaires adressés au public qui pourraient créer de la confusion au sein du public ;
- Expliquer brièvement le risque et la menace que représente la MVE et annoncer une formation à leur intention ;
- Identifier leurs rôles et leurs responsabilités en matière de communication et s'assurer de leur disponibilité
- Identifier les ressources disponibles pour appuyer la lutte ;
- Expliquer l'importance de leur implication et engagement dans l'analyse de la situation au niveau communautaire (et les en remercier d'avance).

1.3 Identification des organisations clés et des personnes influentes pour obtenir des informations sur les perceptions communautaires et des modes de transmission d'information

Identifier notamment :

- Les infirmiers titulaires (IT) des Zones de Santé ;
- Les sages-femmes
- Les relais communautaires (RECO) ;
- Les responsables des médias de masse et de proximité (radios, TV, journaux, etc.) et des médias traditionnels (griots, groupes de théâtres, chanteurs, etc.) ;
- Les ONG, associations professionnelles et organisations corporatives (professionnels de santé, avocats, association des femmes, des jeunes, des transporteurs, chasseurs, syndicats, clubs de sport/loisirs, etc.) ;
- Les chefs des établissements scolaires et universitaires ;
- Personnes ressources locales telles que anthropologues, communicologues, psychologues, etc.;
- Les leaders d'opinion communautaires (chefs de confessions religieuses, informateurs clés, etc.) ;
- Les tradi-praticiens ;
- Les organismes d'entraide et caritatifs;
- Les partis politiques et leurs militants locaux ;
- Les vendeurs du marché et ambulants/informels pouvant donner des renseignements sur les habitants de leur quartier.

L'identification peut se faire par imprégnation, sondage rapide, questions-réponses, observation et documentation des connaissances, attitudes, comportements, perceptions des populations face à la MVE.

Il s'agira d'obtenir des informations relatives aux personnes contacts, aux rites d'inhumation, à la surveillance communautaire, aux parcours thérapeutiques usités, aux mesures et pratiques d'hygiène tels que le lavage des mains et l'assainissement, etc.

Il convient d'identifier et évaluer les mécanismes d'écoute pour la rétro-information de l'opinion publique. Par exemple : les médias existants et leur couverture, groupes consultatifs communautaires, lignes téléphoniques, web, etc. Examiner aussi tout accord/partenariat international, mesures publiques, politiques organisationnelles en matière de communication de l'information au public.

1.4 Identification des partenaires et repérage de possibles contributions des partenaires externes publics et privés

Il convient de :

- Identifier les Organisations internationales (OMS, UNICEF, MSF, CR...) pour appui et collaboration.
- Recueillir les informations sur les qualifications, les coordonnées des personnes à contacter les ressources humaines et matérielles disponibles ainsi que les tâches à leur assigner et les rapporter dans un tableau (voir Encadré 2 ci-dessous).

Encadré 2 : Exemple des informations collectées sur les organisations-clés et leurs ressources

Groupe ou organisme	Qualification	Personne à contacter	Coordonnées	Ressources humaines	Matériel disponible	Tâches assignées
Croix Rouge	Réponse aux situations d'urgence, secours lors de catastrophes	Jean Marc	Maison près de l'hôtel 35	35 volontaires formés	2 camions à benne	évacuation des corps et l'inhumation sans risque Sensibilisation
Mission catholique de St François	Enseignement jardins d'enfants	Sœur Françoise Kemba	Utiliser la radio à ondes courtes à la mission catholique	6 sœurs 4 novices 165 étudiants internes	radio à ondes courtes, 1 Land Cruiser, 1 Photocopieuse	Sensibilisation/communication Appui logistique
Association de commerçants	Marketing et relations communautaires	André Ngombe	Magasin général sur la rue principale	12 membres bien connus de la communauté 41 livreurs connaissant le domicile des clients	1 chariot tissu, matières plastiques, seaux, eau de Javel	Mobilisation ressources financières et matérielles, Appui logistique
Coopérative de fermiers	Développement économique	Marie Menga	Bâtiment de la collectivité, Tél: 0999952143	2 ouvriers parlant couramment le langage des populations rurales	1 radio à O.C, 1 voiture fournitures de bureau	Communication/sensibilisation

Section 2 : Plaidoyer auprès des APA et socio-économique à tous les niveaux

Objectif : à la fin de cette section 2, le participant doit être capable de persuader les décideurs politiques et socioéconomiques en vue d'obtenir leur soutien et engagement matérialisés par la mise à disposition des ressources et l'adoption/application des mesures publiques en faveur de la lutte.

2.1 Organisation de rencontres et contacts de plaidoyer et médiation avec les décideurs

Ces rencontres et contacts visent à obtenir :

- Les ressources appropriées ;
- La collaboration et l'implication des autres secteurs ;
- L'adoption et l'application des mesures publiques favorables à la lutte contre l'épidémie : la suspension des activités de chasse, le report de la rentrée scolaire, la surveillance des marchés et de la vente des aliments de rue, l'enterrement sécurisé des cadavres par les services autorisés, la suspension de l'organisation des deuils ;
- L'application des dispositions du Règlement Sanitaire International (RSI 2005) aux portes d'entrée et de sortie, etc. ;

2.2 Rencontres avec les responsables du secteur privé

L'objectif étant d'obtenir leur contribution en produits d'assainissement, nourritures, fonds, matériels et autres.

2.3 Prise de contact et plaidoyer avec les représentants politiques/élus du peuple et les décideurs communautaires

Les objectifs étant de :

- Organiser des rencontres avec les chefs de réseaux sociaux influents pour leur implication en vue d'une grande mobilisation communautaire.
- Obtenir leur soutien dans la mobilisation des ressources et la diffusion des messages ;
- Persuader les chefs coutumiers et traditionnels, garants des traditions, à s'approprier de la lutte, faire appliquer les mesures publiques d'intervention et faciliter les interventions au niveau communautaire

Section 3 : Coordination effective et efficace des interventions de la communication

Objectif : à la fin de cette section, le participant doit être capable d'identifier les partenaires en matière de communication et mettre en place des mécanismes de coordination de communication pour l'efficacité et l'efficience des interventions.

Il faut mettre en place des mécanismes de coordination pour la communication de crise et de risque. S'ils existent déjà, les renforcer à tous les niveaux et plus particulièrement dans la zone affectée. La priorité la plus élevée sera accordée aux zones où la transmission est intense.

La commission de communication mise en place doit être présidée par une autorité ou personne compétente influente et crédible de l'entité touchée. La commission sera multisectorielle et regroupera des représentants des principales organisations, corporations, groupes et réseaux clés et partenaires techniques impliqués dans la mise en œuvre (OMS, UNICEF, MSF, etc.).

3.1 Principaux rôles et responsabilités de la coordination au sein de la commission de communication (CNC, CPN, CCIT)

1. Dresser une liste des acteurs partenaires potentiels de communication et leurs coordonnées;
2. Rencontrer les partenaires potentiels ;
3. Mettre en place un comité local multisectoriel de communication ;
4. Planifier les actions conjointes de communication ;
5. Faire la cartographie des acteurs formés, leur rayon d'action, tâches réalisées, résultats, niveau performance, etc. ;
6. Mobiliser et inventorier des compétences techniques, les ressources et des moyens pour la communication. Assurer une bonne répartition des ressources.
7. Obtenir un consensus de partage de l'information (rapports, information, documentations, etc.) en interne et en externe. Le partage d'outils de sensibilisation avec le public doit être fait en toute transparence ;
8. Organiser régulièrement les formations/ briefings ;
9. Organiser le suivi et la supervision des activités et des acteurs à tous les niveaux ;
10. Participer aux réunions de coordination ;

3.2 Principaux rôles et responsabilités de la coordination au niveau communautaire

- Tenir une réunion avec les mobilisateurs communautaires crédibles et influents et disponibles identifiés (IT, RECO, OAC, Chefs religieux et traditionnels, enseignants, etc.) ;
- Mettre en place un comité local de communication et un agenda de réunions ;
- Organiser des séances de briefing pour les acteurs ;
- Elaborer un plan de travail, définir les rôles et responsabilités, et répartir les tâches et axes d'intervention ;

- Mettre à la disposition des mobilisateurs les outils de communication existants (affiches, dépliants, messages spécifiques, mégaphones, etc.)
- Organiser le suivi et la supervision des de mobilisateurs communautaires ;
- Partager les rapports quotidiens, informations ;
- Rédiger et transmettre des rapports à la hiérarchie suivant un canevas commun ;
- Documenter et partager les bonnes pratiques.

Section 4 : Renforcement des capacités des acteurs en communication

Objectif : à la fin de cette section, le participant doit être capable de tenir des sessions de formation en communication en vue d'améliorer les capacités d'intervention des acteurs dans la riposte à l'épidémie de la MVE et par effet multiplicateur d'autonomiser les individus, familles et communautés pour pérenniser les résultats

Il est indispensable d'assurer un niveau de préparation adéquat en organisant des sessions de formation de tous les acteurs-partenaires en communication des risques/urgences, incluant notamment des exercices et des simulations visant à mettre à l'essai éléments du plan de communication d'urgence, ainsi que des compétences propres des animateurs à effectuer les comportements et à en faire la démonstration en direct.

Principales activités :

- Organiser des sessions de formation à trois niveaux pour :
 - Les membres de la coordination et les formateurs locaux ;
 - Les groupes, organisations communautaires, réseaux, corporations et acteurs clés en communication identifiés et retenus parmi les leaders communautaires ;
 - Les infirmiers titulaires des centres de santé, les RECO, les chefs coutumiers et traditionnels, les personnes influentes.
- Elaborer/adopter des plans de mise en œuvre consensuels pour les actions à entreprendre par les acteurs ;
- Doter les acteurs en outils (dépliants, affiches, chansons, CD et vidéos, guides, directives, mégaphones + piles, vélos, voire radio manivelles/ solaires avec des clés USB (si il n'y a pas de couverture radio satisfaisante, etc.);
- Dote les acteurs en toutes les fournitures nécessaires pour donner à la population tels que des gants, du savon, chlore, etc.
- Organiser des exercices de simulation (scénarii) dans le but de vérifier le bon fonctionnement des outils de communication et des outils de protection, mettre à l'épreuve leur état de préparation en matière de communication ;
- Assurer le suivi post-formation.

Section 5 : Élaboration du plan d'action de communication

Objectif de session 5

A la fin de cette section, le participant devra être capable d'élaborer un plan d'action de communication multi-approche favorisant les changements de comportements et l'adoption de bonnes pratiques aux niveaux individuel et social.

5.1 Analyse comportementale

Les résultats de l'évaluation rapide vont permettre d'identifier :

- Les comportements à risque ;
- À quel niveau d'intervention le comportement a lieu (individuel, communautaire, institutionnel, etc.) ;
- Les comportements souhaités pour l'atteinte de l'objectif général de l'intervention (lutte contre la maladie à virus Ebola) ;
- Les facteurs qui peuvent empêcher ou favoriser le changement de chaque comportement (ex. : accès au savon, information sur le centre de traitement des malades, connaissance des modes de transmission de la maladie, etc.).

Encadré 3 : Exemple de tableau d'analyse comportementale

Comportement à risque (QUOI ?)	À quel niveau se déroule ce comportement (QUI ?)	Comportement de protection et prévention à atteindre	Les barrières au changement des comportements	Facteurs favorisant le changement (COMMENT ?)
Certaines personnes présentant les signes de MVE refusent de se rendre au centre de traitement	Communautaire, familial et individuel	Se rendre immédiatement au service/centre de sante dès que vous constatez un signe de MVE, notamment la fièvre. Signaler toute personne avec signes de MVE au service/ agent de sante le plus proche	Rumeurs : CTE considéré comme mouroir. Les familles ne peuvent pas aller visiter les malades internés. Les tradi-practitiens affirment qu'ils peuvent soigner les malades.	Témoignages de patients guéris. Informers des traitements offerts au centre Possibilité pour les familles de rendre visite aux malades Médiation d'une personne de confiance pour se rendre au centre de traitement. Disponibilité du transport si un tradi- praticien les a encouragés à aller

Il est conseillé d'élaborer une **liste des comportements positifs** (ce que les membres de la communauté doivent faire ou pratiquer), plutôt qu'une liste des comportements négatifs à risque ou à éviter. La liste doit **décrire les comportements en détail** de façon à ce que les gens puissent les mettre en œuvre correctement et de façon systématique. Pensez à utiliser des mots simples et adaptés aux cibles et au contexte (notamment aux personnes ne sachant pas lire).

Lors d'une intervention en cas d'urgence épidémiologique, la communication doit avoir pour objectif de **promouvoir les comportements positifs** clés aux niveaux individuel, interpersonnel, communautaire, organisationnel et institutionnel permettant de mettre fin au fléau. Ces différents niveaux sont interactifs et par conséquent l'intervention aura plus de chances de succès si on utilise des approches complémentaires et adaptées au contexte.

En fonction des résultats de l'analyse comportemental, on pourra choisir quelle approche est la plus pertinente pour favoriser le changement de comportements et en conséquence quelles actions doivent être mises en place pour y arriver.

Etude de cas 1 : MVE à Menga, Gabon – 2010

L'épidémie de maladie à virus Ebola a éclaté dans la région de Menga, au Gabon, en 2010. Une équipe d'intervention multidisciplinaire s'est mise en place en vue de la réponse .

Le groupe de communication a identifié de multiples risques menaçant la réussite de l'opération. Certaines personnes dans la communauté pensaient que la maladie à virus Ebola était une malédiction causée par la sorcellerie, une punition pour les actions mauvaises, affectait seulement le personnel de santé, était importée par les étrangers et était un moyen de rendre quelques personnes de la communauté riches comme le témoignent les ressources rendues disponibles pour la prévention et la réponse. La population a commencé à se méfier des ONGs internationales. Dans le village de Baballe, un groupe de jeunes s'en sont pris aux travailleurs humanitaires et ont cassé la voiture 4x4 de l'ONG BBS travaillant pour la prise en charge de malades et le suivi des personnes contacts.

D'autres encore évitaient les centres de santé parce qu'ils pensaient que la maladie à virus Ebola était seulement transmise dans des établissements de santé, que les personnels de santé volaient le sang pour vendre et que c'était un résultat de la malnutrition.

Pour endiguer l'épidémie, l'équipe d'intervention a mis en place des centres de traitement pour les malades d'Ebola. Sur 10 personnes qui étaient admis dans ces centres, au moins 3 en sortaient guéries. Cependant, les membres de la communauté rejetaient les survivants d'Ebola et ne voulaient pas qu'ils retournent dans leur communauté parce qu'ils avaient peur que les survivants continueraient à transmettre la maladie dans la communauté. En plus, ils refusaient d'acheter leurs biens au marché en pensant que ces biens étaient contaminés par la MV Ebola.

D'autres encore évitaient les centres de santé parce qu'ils pensaient que la maladie à virus Ebola était seulement transmise dans des établissements de santé, que les personnels de santé volaient le sang pour vendre et que c'était un résultat de la malnutrition.

Pour endiguer l'épidémie, l'équipe d'intervention a mis en place des centres de traitement pour les malades d'Ebola. Sur 10 personnes qui étaient admis dans ces centres, au moins 3 en sortaient guéries. Cependant, les membres de la communauté rejetaient les survivants d'Ebola et ne voulaient pas qu'ils retournent dans leur communauté parce qu'ils avaient peur que les survivants continueraient à transmettre la maladie dans la communauté. En plus, ils refusaient d'acheter leurs biens au marché en pensant que ces biens étaient contaminés par la MV Ebola.

En vous basant sur l'étude de cas :

1. Faites l'analyse comportementale
2. Déterminez les approches et les actions de communication pertinentes à mettre en œuvre dans cette situation
3. Elaborez deux (2) messages spécifiques

5.2 Détermination des cibles spécifiques

Avant d'élaborer les messages il faut spécifier en détail les différentes cibles d'intervention. Il convient de faire spécialement **attention aux segments de population vulnérables et/ou marginaux** tels que les enfants des rues, les déplacés, les réfugiés vivant dans les camps, et aux populations à haut risque tels que les chasseurs et vendeurs du gibier, les habitants de villages voisins des zones affectées, etc.

Il convient d'identifier les langues et capacités de traduction, les réseaux de partage de l'information existants et la capacité à communiquer avec les populations difficiles à atteindre.

5.3 Élaboration et diffusion des messages

Dans la réponse à la MVE, on devra élaborer des messages efficaces et contextualisés à adresser aux différentes cibles. Les messages à élaborer devront tenir compte des éléments ci-après :

- Les perceptions des communautés concernées ;
- Les comportements à risque identifiés ;
- Les barrières culturelles et autres traditions identifiées ;
- Les cibles ;
- Autres données pertinentes identifiées au cours de l'analyse du contexte.

Les messages pour promouvoir les comportements désirés doivent être soigneusement conçus en étroite collaboration avec les membres de la communauté et les homologues locaux.

Les messages doivent contenir :

1. Un comportement (petite action faisable et importante)
2. Un facteur favorable (la raison pour laquelle les gens doivent adopter le comportement souhaité)

Attention : les messages doivent toujours provenir d'une source crédible. Si par exemple vous décidez de diffuser un message en relation avec l'hygiène (par exemple, sur le lavage des mains) à la radio, il

est conseillé que la personne qui donne le message soit un expert (par exemple un Infirmier Titulaire ou un médecin).

Dans le cadre d'une intervention MVE, il existe deux types de messages :

- Des **messages génériques**, qui peuvent être appliqués partout dans le monde. Par exemple : *'Rendez-vous immédiatement au centre de traitement si vous avez de la fièvre (comportement), vous augmenterez les chances d'être soigné (facteur favorable : guérison)',* ou *'Pour vous protéger et protéger votre famille (facteur favorable : protection), lavez-vous les mains au moins 5 fois par jour avec du savon et de l'eau courante (comportement)'.*
- Des **messages spécifiques**, qui adressent des circonstances propres à la communauté ou le segment de population ciblés. Par exemple, dans le cas où on constaterait que dans une communauté il y a beaucoup de méfiance et d'hostilité envers le centre de traitement car les membres de la famille des personnes hospitalisées n'ont pas de nouvelles de leurs proches, on pourrait utiliser le suivant message : *'Contactez les agents de santé (comportement), ils vous fourniront toutes les informations sur votre proche parent interné (facteur favorable)'.* Si dans une autre communauté on constate qu'une rumeur est apparue selon laquelle les patients hospitalisés ne sont ni nourris ni soignés, et que par conséquent personne veut se rendre au centre de traitement, on pourrait utiliser ce message : *'Rendez vous au centre de traitement en cas de fièvre (comportement), les malades internés sont suivis, soignés et nourris régulièrement et gratuitement par les agents de santé (facteurs favorables)'.*

Il est très important que les messages contiennent un comportement et un facteur favorable, tel que montré dans les exemples ci-dessus.

Pensez aussi que les messages génériques qui n'invitent à aucun comportement de prévention tels que « Ebola est une maladie dangereuse qui peut tuer » peuvent s'avérer très inefficaces dans des contextes où l'épidémie est en cours depuis plusieurs mois et/ou des interventions précédentes n'ont pas réussi à y mettre fin. **Il faut toujours adapter les messages au contexte d'intervention.**

5.4 Choix des canaux de diffusion des messages

Finalement, il faut choisir des canaux de diffusion des messages adaptés et efficaces. Comme lors de l'évaluation rapide, les canaux existants dans la communauté ont été identifiés, il est intéressant de pouvoir élaborer leur cartographie. L'on devra donc choisir ceux qui sont considérés comme les plus efficaces et crédibles. Ces canaux peuvent être de communication interpersonnelle ou de masse.

Voici quelques exemples des canaux de communication pouvant être utilisés :

- Les leaders communautaires : chefs de villages, chefs de rue, enseignants ;
- Les leaders religieux et traditionnels ;
- Les relais communautaires ;
- Les agents de santé ;
- Les personnes guéries d'Ebola ;
- Les personnes engagées dans la prévention et la lutte contre la MVE ;
- Les guérisseurs traditionnels ;
- Les transporteurs ;
- Les réseaux sociaux : l'association des chasseurs, les groupes de jeunes ou des femmes, associations de parents d'élèves, les associations confessionnelles ;

- Les écoles ;
- Les églises ;
- Les crieurs ;
- Les medias de masse : radio, TV.

Pour de meilleurs résultats, il faudra une combinaison des canaux de communication. Cette combinaison peut être faite en fonction de la cartographie citée ci-dessus, et qui sert à vérifier le rayon de diffusion de chaque canal, le but étant de pouvoir couvrir la totalité de l'aire d'intervention pour que toute la population ciblée soit informée.

Section 6 : Mise en œuvre du plan d'action de communication dans la communauté

Objectif : à la fin de cette section, le participant doit être capable de développer un plan de mise en œuvre des activités décrites dans le plan de communication.

Il est important que chaque niveau (Province, District sanitaire, Aire de Santé) et/ou chaque organisation communautaire développe un plan mise en œuvre des activités de communication afin de contribuer à la réduction du risque et à la promotion des pratiques favorables. Le plan d'action doit tenir compte des données de l'analyse de la situation, des orientations de la coordination et des préoccupations des autres commissions.

Les actions de communication doivent favoriser une triangulation d'approches :

- Communication interpersonnelle ;
- Dialogue communautaire ;
- Campagne médias ;
- Utilisation des médias communautaires.

Le tableau ci-dessous reprend des exemples d'actions de communication à mettre en œuvre ainsi que des exemples de cibles, de canaux et du matériel de communication à utiliser dans la réponse à l'épidémie de MVE au niveau périphérique.

Encadré 4 : Exemple de tableau pour la mise en œuvre du plan d'action

Avec qui communiquer ?	On doit communiquer avec : <ul style="list-style-type: none">a. Les autorités politico-administratives de baseb. Les leaders communautairesc. Les individus, les ménagesd. Les malades de la MVEe. Les membres de famille des maladesf. Les personnes guériesg. Les personnes contactsh. Les agents de santéi. D'autres cibles à déterminer en fonction de la réalité du milieuj. Les tradi-praticiens ou guérisseurs traditionnels	
Qui doit communiquer ?	Canaux / approches de communication	Acteurs
	Communication interpersonnelle	<ul style="list-style-type: none">• Relais /agents de santé communautaires<ul style="list-style-type: none">○ Visites Porte à Porte○ Publicité communautaire à travers le mégaphone○ Une démonstration en direct sur la façon d'effectuer le comportement• Agents de santé chargés de la surveillance et de la prise en charge des cas<ul style="list-style-type: none">○ Donner les conseils aux malades, aux personnes con-

		<p>tacts et aux membres de leurs familles</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Saisir toutes les occasions pour dialoguer avec les membres de la communauté ○ Organiser des visites guidées sécurisées du Centre de traitement en cas de besoin tout en prenant des messages protection essentielles.
		<ul style="list-style-type: none"> • Les personnes guéries <ul style="list-style-type: none"> ○ Témoignage afin d'inciter les membres de la communauté de se rendre au centre de traitement ○ Accompagnement psycho-social des personnes malades et leurs familles ○ Participation à la sensibilisation de la communauté lors des réunions communautaires
		<ul style="list-style-type: none"> • Animateurs des réseaux sociaux: Eglises, écoles, associations, ONGs locales... <ul style="list-style-type: none"> ○ Sensibiliser la population lors des réunions, sermons, prédications ○ Convier les élèves, les fidèles et les membres pour sensibiliser leur entourage ○ Distribuer les supports de communication : dépliants, livrets, chansons...
	Dialogue communautaire	<ul style="list-style-type: none"> • Les leaders communautaires : Chefs de quartier/villages, leaders religieux, tradi-praticiens, personnes influentes.... <ul style="list-style-type: none"> ○ Dialogue communautaire autour des préoccupations de la communauté face à la maladie pour : <ul style="list-style-type: none"> ✓ Encourager les malades résistants à utiliser le centre de traitement Ebola ✓ Encourager les personnes-contacts à accepter les visites de suivi des agents de santé ✓ Encourager les membres de la communauté à accepter les personnes guéries (réinsertion sociale) ✓ Sensibiliser la communauté sur les mesures de prévention et les encourager à adopter ces comportements favorables ○ Effectuer démonstrations directs sur la façon de réaliser le comportement Projections des films (avec les images locales) sur Ebola, suivi par de discussions (vidéo-forum) ○ Ecoute active/médiation auprès des personnes/communautés résistantes ○ Suivi et gestion des rumeurs ○ Réinsertion/acceptation des personnes guéries • Les écoles
	Medias traditionnels	<ul style="list-style-type: none"> • Acteurs de théâtre Représentation théâtrale, suivi des débats sur la MVE et les moyens de prévention • Chansons Focus sur les mesures de prévention, l'acceptation des centres de traitement et l'engagement à la lutte contre l'épidémie
	Medias de masse (Tv, radios communautaires....)	<p>Les formats à privilégier seront essentiellement:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les sketches destinés à la population générale produit avec la participation des acteurs locaux ; • Les spots radiophoniques ;

		<ul style="list-style-type: none"> • Les microprogrammes spécifiques ; • Les témoignages des personnes guéries, des familles de malades, des acteurs de la riposte ; • Les émissions participatives et interactives avec la participation des agents de santé et des leaders communautaires (téléphone ouvert, sms, radio-crochet...) ; • Feuilletons radiophoniques.
Avec quel support communiquer ?	<ul style="list-style-type: none"> • Les affiches ; • Les boîtes à images sur les pratiques d'hygiène ; • Le dépliant ; • Le livret ; • Les films vidéo sur la maladie (DVD, CD) ; • Les banderoles ; • Autres supports disponibles ou à produire ; 	

Section 7 : Prévention et gestion des résistances et des rumeurs

Objectif : à la fin de cette section, le participant doit connaître le processus à mettre en place pour prévenir et faire face aux résistances et aux rumeurs.

L'expérience récente des épidémies de MVE fait craindre le risque de radicalisation des populations vivant dans les zones affectées, mais aussi de stigmatisation des personnes malades ou guéries. Afin de prévenir ces risques, il est conseillé aux équipes multisectorielles de travailler avec les communautés en mettant en œuvre les actions suivantes :

- Privilégier la diffusion des messages positifs ;
- Assurer une grande transparence dans la diffusion de l'information ;
- Identifier régulièrement les perceptions et les préoccupations des populations sur l'épidémie ;
- Développer des arguments persuasifs pour répondre aux préoccupations ainsi identifiées ;
- Instaurer le dialogue régulier avec les communautés concernées ;
- Identifier les personnes guéries de MVE, recueillir, enregistrer et faire diffuser leurs témoignages ;
- Organiser des visites guidées sécurisées des centres de traitement Ebola, tout en prenant des précautions pour éviter des nouvelles infections parmi les visiteurs.

En cas de résistances il convient de recourir aux personnes influentes pour la négociation avec les communautés/familles affectées refusant éventuellement de collaborer avec les agents de santé et :

- Recueillir des scénarios du personnel de la CTE.
- Ecouter activement et avec empathie les communautés résistantes et établir une liste des arguments de la communauté;
- Identifier et analyser, avec elles, leurs motivations sous-jacentes ;
- Discuter des arguments de la communauté avec les autres membres de l'équipe, et proposer une façon de répondre aux soucis de la communauté pour trouver, avec elles, des pistes de solutions ;
- Discuter de la réponse proposée auprès des leaders de la communauté.
- Mettre en œuvre les solutions négociées avec leur participation ;
- Continuer à communiquer les messages positifs ;
- Former tout le personnel de la CTE, peu importe quel module ils travaillent, sur la façon de répondre aux arguments de la communauté quant à la résistance.

Pour un exercice avec vos stagiaires / participants présenter un scénario de cas de l'expérience congolaise. Décrivez les choses négatives qui ont été dites contre les équipes de riposte au virus d'Ebola, et leur demander de discuter et de proposer des approches pour y répondre. Ensuite, examiner et évaluer chaque approche proposée par les stagiaires / participants, et donner des commentaires positifs et constructifs.

Etude de cas 2 : MVE à Kikwit, RDC

A Kikwit, en République démocratique du Congo en 1995, les messages se sont concentrés initialement sur la prévention d'Ebola, l'identification des cas suspects et l'adoption des comportements préventifs. La stratégie de communication était un élément clé pour endiguer l'épidémie et pour traiter les malades. L'équipe ne s'attendait pas à travailler sur la réintégration des patients guéris d'Ebola. Au lieu de cela, ils s'attendaient à ce que les familles et les communautés accueillent les survivants dans leurs maisons et leurs quartiers. Au moyen d'une surveillance continue et d'une interaction constante avec la communauté, l'équipe a appris que les membres de la communauté rejetaient les survivants d'Ebola et ne voulaient pas qu'ils retournent dans leur communauté parce qu'ils avaient peur que les survivants continueraient à transmettre la maladie dans la communauté. En plus, ils refusaient d'acheter leurs biens au marché en pensant que ces biens étaient contaminés par Ebola. L'équipe de communication a vite adapté les messages dans la communauté pour répondre à cette perception erronée et faciliter la réintégration des survivants d'Ebola dans leur maison et communauté.

Le groupe de mobilisation communautaire avait identifié de multiples risques menaçant la réussite de l'opération. Certaines personnes dans la communauté pensaient que la maladie d'Ebola était une malédiction causée par la sorcellerie, une punition pour les actions mauvaises, affectait seulement les personnels de santé, était importée par les étrangers et était un moyen de rendre quelques personnes de la communauté riches comme le témoignent les ressources rendues disponibles pour la prévention et la réponse. D'autres encore évitaient les centres de santé parce qu'ils pensaient que la maladie d'Ebola était seulement transmise dans des établissements de santé, que les personnels de santé volaient le sang pour vendre et que c'était un résultat de la malnutrition. En conséquence, la communication s'est focalisée précisément sur ces perceptions erronées et pour éduquer la communauté sur les modes de transmission et les comportements préventifs.

Encadré 6 : Dialogue avec les communautés, expérience de Lokolia, RDC

Lors de l'arrivée des équipes d'intervention à Lokolia, les populations avaient des réticences à se rendre au centre de traitement Ebola qu'ils considéraient comme « un mouiroir, un chemin de non-retour » d'où ils n'ont vu « personne revenir vivant dans la communauté ». « Puisque vous-même dites qu'il n'existe ni médicament, ni vaccin, pourquoi pensez-vous que nous devons nous y rendre, interrogeaient certaines personnes fébriles ? ». D'autres encore stigmatisaient la présence des sacs mortuaires dans les unités de soins : « En venant, nous allons mourir mais en plus vous allez nous mettre dans les sacs blancs que vous avez entassés dans les unités de soins. »

Etant donné ces résistances à fréquenter le CTE, les membres de l'équipe de communication ont non seulement obtenu l'enlèvement des sacs mortuaires des salles où ils étaient à la portée des malades et de leurs proches mais aussi, ils ont organisé, avec tous les leaders et acteurs clés des communautés selon un calendrier précis, des visites guidées sécurisées couplées à l'évaluation de l'efficacité de la communication en cours de la flambée.

Cette stratégie a été très porteuse car elle a permis aux leaders et acteurs concernés non seulement de changer eux-mêmes leurs perceptions sur le centre, mais surtout de répercuter la nouvelle perception induite dans leurs communautés respectives.

Encadré 7 : Dialogue communautaire (cas de Isiro, RDC)

Le dernier développement de l'épidémie de la MVE à Isiro avait été caractérisé par

- Les décès des malades dans la communauté,
- L'agressivité à l'endroit du personnel chargé des enterrements sécurisés

Devant cette situation, l'équipe de la communication et de la coordination a effectué un déplacement dans la localité de Nava chef lieu du groupement Naesu pour dialoguer avec la communauté.

L'équipe a rencontré le chef de groupement entouré de ses notables qui ont justifié leurs comportements par les motivations ci-après: « Vous refusez aux membres des familles d'assister aux enterrements de leurs proches décédés d'Ebola, et aussi vous avez dit dans vos affiches que la maladie n'a pas de traitement. Vous les faites venir au centre de traitement pour leur soutirer le sang ».

Dans les solutions proposées, ils ont émis les vœux d'assister aux enterrements sécurisés.

L'équipe de communication a expliqué l'intérêt des enterrements sécurisés et a admis le principe que les membres de familles y assistent mais à distance. Les explications convaincantes ont été données sur les types des soins administrés au centre de traitement. Une projection vidéo montrant la prise en charge au centre de traitement avait fini par convaincre les membres de la communauté. Les messages ont été reformulés.

Cette rencontre avait décrispé la situation et permis les enterrements sécurisés de se faire en toute sécurité et le retour progressif des cas suspects au centre de traitement.

Section 8 : Travailler avec les Médias dans les situations d'urgence

Objectif : à la fin de cette section, le participant doit être capable de

- **Mobiliser et motiver les mass médias à tous les niveaux pour fournir un appui indispensable à la diffusion des informations et éducation pour la santé ;**
- **Travailler avec les médias vise à informer et impliquer le public, Influencer, impacter sur le comportement, corriger la désinformation, résoudre les rumeurs.**

La mise en place d'une communication efficace avec les médias est un élément très important de la gestion des épidémies d'Ebola.

8.1 Pourquoi travailler avec les medias?

- La voie la plus rapide, **un canal plus important pour la diffusion de masse des informations et de l'opinion publique en situation d'urgence sanitaire ;**
- Les situations d'urgence sont d'un grand intérêt médiatique ;
- Les medias sont un puissant moyen de communication pour transmettre des messages portant sur la santé et jouent un rôle important dans la lutte contre la maladie;
- Ils fournissent des informations indispensables aux fins de la gestion efficace de la communication de risque lors d'une flambée ;
- Sont considérés comme une source crédible d'information ; et
- Sont un relais entre les services de santé et le public.

8.2 Cinq pratiques pour garantir l'efficacité du sous-comité Médias et communication :

- Établir une relation de confiance avec les médias ;
- Informer rapidement la population à travers les médias ;
- Être transparent sur les informations que l'on partage avec les médias. Cette transparence a parfois des limites, par exemple lorsque l'information touche à la vie privée des patients. Dans ce cas, les considérations d'ordre éthique ne nous permettent pas de partager toutes les informations avec les médias ;
- Respecter toutes les interrogations du public, elles sont souvent diverses mais toujours légitimes.

Les activités suivantes doivent être considérées lors de l'élaboration du plan d'action conjoint :

- Recueillir quotidiennement les informations du comité de coordination, y compris les dernières mises à jour, et formuler des messages pour la presse qui seront communiqués par les porte-parole attitré ;

- Organiser une communication conjointe, rapide, régulière et transparente à l'intention de la presse nationale et internationale ;
- Organiser des points de presse conjoints et émissions élaborées pour communiquer sur l'évolution de la maladie ;
- Écrire et distribuer de manière régulière des bulletins d'informations conjoints ou des notes conjointes pour la presse y compris sur le web ;
- Identifier les médias les plus efficaces pour joindre la plus grande partie de la population autant dans les villes que dans les zones rurales et les engager à faire passer les principaux messages concernant la prévention (limiter les pratiques qui favorisent la transmission) et la surveillance (rapporter les rumeurs et les cas suspects) ;
- Organiser une séance d'information/formation à l'intention des journalistes pour les renseigner en profondeur sur la situation en cours et leur donner des renseignements généraux sur Ebola ;
- Prendre des photos et des vidéos du travail des équipes de lutte contre les épidémies pour mieux documenter les activités et mettre ces photos et vidéos à la disposition des médias afin de mieux faire connaître les activités de lutte sur le terrain.

8.3 Conseils pour travailler avec les médias

Principes :

- Restaurer la **Confiance** dans les autorités réduit l'anxiété, la psychose dans le public.
- **Annoncer à temps** pour gagner la confiance du public. L'annonce retardée crée l'impression que les officiels sont en train de cacher l'information. La confiance pourra être difficile ou impossible à regagner.
- **Transparence** pour créer une grande confiance, en tenant compte des limites éthiques à la transparence.
- **Ecoute** (Communications Surveillance).
- **Planification**.

Se préparer aux interviews :

- Sur quoi portent les questions?
- Qui sont les journalistes? Sont-ils locaux ou des médias étrangers?
- L'un d'entre eux a-t-il la réputation d'être hostile à votre organisation?
- Sont-ils bien informés? (*rappelez-vous que la plupart de journalistes sont généralistes*)

Avez-vous un message? Travaillez sur les messages :

1. Qu'aimeriez-vous comme titre en manchette pour votre nouvelle?
2. Faites 3 ou 4 déclarations clés pour le message
3. Utilisez quelques mots qui capturent l'attention, pas de jargon ni acronymes (très compliqués)
4. Pensez comme un journaliste
5. Vous n'avez seulement que 20 secondes
6. Faites l'annonce dès le début de votre propos
7. **Soyez prêt, répéter, et répéter encore, ayez un aide mémoire, un appui à côté**

Ce que votre message devrait transmettre :

1. Les informations que le public *VEUT* ou a BESOIN de savoir pour prévenir & réduire la maladie et les décès ;
2. Fournir l'appui nécessaire de la réponse à l'épidémie ;
3. Après la dernière question, revenez à votre message clé ;
4. Demander si quelque chose n'est pas clair.

Attention : en cas de rumeur, **ne répétez jamais la rumeur que vous voulez démentir !**

Diffusion des informations via l'Internet :

- Développement extraordinaire ;
- De nombreux média possèdent des sites Internet actualisés tout au long de la journée ;
- Ce phénomène a accru la pression sur les journalistes en les poussant à transmettre l'information le plus rapidement possible :

Les atouts majeurs de l'internet :

- 2 Simple et moindres coûts de compilation d'une liste d'adresses électroniques des audiences visées pour diffusion des informations sanitaires ;
- 3 Création d'un bulletin d'information électronique sur la santé ;
- 4 Animation de discussions en ligne ;
- 5 Création d'une «liste de diffusion» pour partager des informations, maintenir des alliances et coalitions, construire un réseau social local.

Vous avez zéro contrôle sur ce que les reporters et éditeurs écriront, alors faites vous bien comprendre. *Que pouvez-vous contrôler?* Vous avez 100 % de contrôle de ce qui sort de votre bouche.

Encadré 8 : Ce dont les média ont besoin

Ce dont les média ont besoin	Ce que les professionnels de santé peuvent faire pour satisfaire leurs besoins
Informations factuelles, impartiales, provenant de sources sûres et crédibles	Rencontrer régulièrement les journalistes pour leur fournir des informations et les ressources disponibles
Informations claires et concises qui soulignent la valeur de l'information	<ul style="list-style-type: none"> • Communiqués de presse et fiches d'information. • Supprimer le jargon technique, un langage simple. • Préparer à l'avance des kits de presse et personnes bien informées pour répondre aux questions pour les événements médiatiques. • Se concentrer sur les faits et leur impact.
Informations sur les programmes et leur impact	<ul style="list-style-type: none"> • Rencontrer les journalistes individuellement, ou en groupe pour une briefing, • Planifier des visites de sites à l'attention des journalistes. • Présenter les personnes affectées par les programmes désireuses de partager leurs histoires
Moyens de couvrir les sujets sensibles et controversés	<ul style="list-style-type: none"> • Fournir des témoignages convaincants sur les effets positifs de la santé pour individu, famille, communauté. • Identifier et travailler avec la thématique.
Informations immédiates en cas de controverse, d'événements fâcheux	<ul style="list-style-type: none"> • Maintenir la transparence, confiance comme une source crédible d'informations objectives. • Désigner un porte-parole et avoir de bons rapports avec les média. • Elaborer des déclarations de points de vue et développer des alliés dans la communauté pour aborder les sujets.
Reconnaissance d'un reportage responsable afin d'aider à maintenir l'intérêt vis-à-vis de la couverture des interventions de santé	<ul style="list-style-type: none"> • Organiser un concours à l'attention des journalistes et présenter un prix pour la meilleure couverture médiatique. • Instaurer un Prix Annuel pour « l'Excellence des reportages consacrés à la santé » et présenter ce prix lors d'un événement important.

Section 9 : Ecoute et retro-information durant la flambée épidémique

Objectif : à la fin de cette section, le participant doit être capable de collecter continuellement des renseignements portant sur les connaissances, attitudes, comportements, interventions, sur les organisations concernées ainsi que les perceptions du public face à la gestion aux risques, la confiance accordée aux autorités

Pour que la communication et la gestion générale des situations d'urgence soient efficaces, il est essentiel de comprendre la façon dont le public perçoit les risques, les envisage et s'en préoccupe.

Sans comprendre comment les gens comprennent et perçoivent un risque et quelles sont leurs pratiques et leurs croyances, les décisions et les changements de comportement nécessaires pour protéger la santé pourraient ne pas survenir et les perturbations économiques et sociétales pourraient alors être plus graves.

Toute épidémie s'accompagne inmanquablement de rumeurs, de renseignements et idées erronés. Ces rumeurs peuvent circuler et créer la confusion tant chez les autorités, équipes de lutte que chez la population et miner la confiance indispensable entre les partenaires intéressés. L'écoute permet de suivre ces rumeurs, leur évolution et de mieux comprendre comment les faire taire.

Il peut y avoir, par exemple, des motifs culturels expliquant pourquoi certaines interventions sont rejetées, des obstacles d'ordre linguistique entre les équipes et certains segments de la population touchée.

Lutter contre une flambée signifie mettre en place des mesures qui sont comprises, acceptées et appliquées par la population.

Écouter les personnes touchées ou concernées fait partie intégrante et est au cœur même du processus de la communication en cas de flambée.

9.1 Avantages/bénéfices et finalité de l'écoute durant la flambée

L'écoute aide les autorités et les équipes de lutte à :

- Comprendre les perceptions sur le risque et les besoins en information des collectivités touchées, ainsi que les sources d'information fiables ;
- Apprendre ce que les populations concernées comprennent de la situation ;
- Comprendre comment ils réagissent face à l'épidémie, leurs perceptions de la gestion de la situation, la confiance accordée aux autorités ;
- Comprendre les obstacles culturels, politiques, économiques, aux niveaux des comportements et en matière de communication dans la gestion de l'épidémie, qui peuvent empêcher l'adoption des mesures de lutte contre la maladie ;
- Collecter et analyser les infos sur ce que communiquent les principales sources d'information et comprendre l'efficacité de la communication ;

- Apporter des changements et améliorations à la stratégie et à l'approche utilisées.

9.2 Utilité des renseignements

Les renseignements recueillis au moyen de l'écoute devraient servir à :

- Élaborer des stratégies de communication qui sont harmonisées avec les valeurs culturelles et sociales des populations à risque et d'autres intervenants ;
- Gagner la participation des personnes influentes dans les collectivités touchées et celle des groupes d'intervenants en vue d'obtenir les conseils et les solutions les plus efficaces sur la protection de la santé ;
- Cerner/découvrir les obstacles aux interventions proposées concernant l'épidémie et à repenser les interventions en conséquence ;
- S'assurer que les comportements recommandés pour réduire les risques sont réalistes, efficaces et culturellement adaptés ;
- Évaluer l'efficacité des activités de communication lors de flambées.

9.3 Quelques options pour l'écoute au niveau communautaire

- Recueillir et analyser les perceptions quant aux risques ;
- Mettre en place des Comités consultatifs communautaires comprenant des membres respectés et crédibles ;
- Organiser des visites à domicile et échanges individualisés ;
- Mener des sondages rapides d'opinion publique (entretiens, observation, appels téléphoniques, discussion sur Internet) pour mesurer les points de vue des groupes à risque ou directement touchés ;
- Intégrer les conclusions données dans la prise de décisions. Les stratégies de communication et les messages doivent être adaptés comme il convient.

Etude de cas 3 : Les croyances et facteurs explicatifs de la causalité de la propagation de la maladie à virus Ebola : une relecture socio culturelle et sanitaire de la riposte, cas de l'épidémie d'Isiro/RDC, 2012

La gestion de l'épidémie de MVE dans le District de Haut-Uélé a provoqué des bouleversements de la vie sociale. Les croyances, perceptions, pratiques et réalités socio-culturelles sur l'origine de la maladie et sa propagation ont constitué un véritable obstacle à la riposte. Des interventions furent parfois rejetées par les communautés touchées pour des motifs culturels.

Pour celles-ci, la MVE et les décès qu'elle provoque avaient une origine virale, certes, mais surtout surnaturelle : la sorcellerie. Le « *Garawa* » (une sorte de poison locale réputée redoutable) lors des deuils ou à l'hôpital pour éliminer ceux qui occupent des postes élevés était également évoqué.

Culturellement, un mort ou un malade proche de la mort à droit à un bon traitement. Après la mort, il devient ancêtre et s'occuper des vivants. Son mauvais traitement peut être néfaste aux proches vivants. La famille est obligée d'accompagner le malade, le protéger contre l'influence des sorciers. Selon la coutume, exige que les femmes s'occupent de la toilette funéraire des femmes décédées. Cela pourrait expliquer le nombre élevé des patients parmi les femmes, car les premiers cas secondaires étaient des femmes qui s'étaient infectées en prenant soins des cas index ou en organisant leurs funérailles.

Par ailleurs, certaines pratiques culturelles furent observées : rester à proximité du malade pour le soigner, manipuler les morts lors des funérailles, blesser la peau d'un malade pour un traitement par des tradi-praticiens, etc.

Au début de l'épidémie, l'équipe de la prise en charge et funérailles s'introduisait dans les communautés sans comprendre leurs perceptions de la MVE. Des villageois étaient révoltés de voir des étrangers « habillés comme des fantômes », couverts de la tête aux pieds, bruler les effets liés aux malades confirmés mais qui après examen de labo se sont révélés négatifs. Pire encore, les villageois ont vu leurs morts enterrés en violation des rituels et pratiques traditionnels.

Ces mesures empêchant les rites funéraires avaient été mal vécues dans certaines familles. Des équipes de lutte étaient victimes de menaces et violences de la part de la population qui les traitait de « suceurs » et trafiquant de sang humain. Des agressions çà et là ont été notées : des RECO qualifiés de traîtres et complices des équipes « blanches », etc.

Les agents de santé ont été accusés d'être des sorciers et d'avoir empoisonné leurs collègues décédés, pourtant de MVE dans l'exercice de leur profession. La transmission nosocomiale a provoqué une désertion du personnel soignant dans les hôpitaux, la population ayant considéré ces lieux comme dangereux. Face à cette confusion et à la peur, certains agents de santé ne touchaient plus les malades exigeant des moyens de protection et des primes de risque, menaçant d'interruption de travail.

Les centres d'isolement et de traitement des suspects et malades d'Ebola étaient stigmatisés et appelés des « mouiroirs », des lieux de suctions de sang destiné à la vente. On y affame les malades pour accélérer leur mort. Certains malades se cachaient dans la communauté par peur de se retrouver un jour dans un sac mortuaire. Cela a rendu la recherche active par les équipes de surveillance très ardue.

Les équipes de lutte ont été quelques fois interpellées pour des enterrements clandestins. On a observé également une stigmatisation sociale des survivants, de leurs dépendants et surtout des orphelins des familles décédées d'Ebola, considérés comme porteurs et agents de transmission de virus de la MVE. Les marchandises de ceux qui exercent le commerce n'étaient pas achetées. Les orphelins se sont vus abandonnés.

Question : En tant que communicateur, proposez des stratégies et approches innovantes communautaires et messages spécifiques pour faire face à ces défis ayant entravé la lutte à Isiro ?

Solution proposée : Étant donné les rumeurs disant que les malades étaient conduits à l'hôpital pour y être tués, l'équipe a décidé d'abaisser les barrières de confinement érigées autour des patients pour permettre aux familles des malades de voir que celui-ci était soigné. Des parents, couverts d'un vêtement protecteur, ont eu la permission de rendre visite aux patients dans la salle d'isolement et de leur apporter de la nourriture préparée à la maison. Le rituel funéraire fut modifié : un membre de la famille du défunt, portant un vêtement protecteur, participait à la mise du corps dans le cercueil ou la housse mortuaire.

Section 10 : Suivi et évaluation de la communication pendant et après la flambée

Objectif : à la fin de cette section, le participant doit être capable d'évaluer les efforts de communication en cours de la flambée, de cerner les forces et les limites en matière de communication avec le public et d'apporter les améliorations dans les stratégies, les solutions aux problèmes qui surgissent et qui constituent des obstacles au changement des comportements dans les communautés.

10.1 Qu'est-ce le suivi et évaluation ?

Le suivi est bien plus que la simple collecte d'information sur le projet. On comprend par suivi l'évaluation systématique et continue du progrès dans le temps par la collecte et l'analyse de l'information et l'utilisation de cette information pour améliorer le travail au sein du projet.

Evaluer, c'est estimer à un moment donné dans le temps l'impact d'un projet, et à quel point les objectifs ont été atteints. Suivi et évaluation sont des outils pour identifier les points forts et faibles et pour prendre de décisions correctes et opportunes.

Dans le contexte d'une intervention de lutte contre la MVE, l'objectif ultime du suivi et de l'évaluation est de pouvoir adapter le plan de communication au fur et à mesure que l'intervention avance, en vue d'atteindre les résultats recherchés, à savoir :

1. Mise en place d'une campagne de sensibilisation et de plaidoyer efficace pour promouvoir les comportements de protection ;
2. Détection et suivi des cas suspects de MVE ;
3. Utilisation du Centre de Traitement Ebola (CTE) par toutes les personnes présentant des symptômes MVE ;
4. Généralisation des enterrements sécurisés.

10.2 Comment effectuer le suivi ?

Idéalement, il devrait y avoir une étude « base-line » ou une enquête CAP (Connaissances, Attitudes, Pratiques) au début de l'intervention, hors cela ne semble pas réaliste parce que la mise en œuvre des activités doit commencer dès que l'équipe se rend sur le terrain. Cette situation d'urgence rend l'évaluation de l'efficacité des activités difficile, surtout en ce qui concerne le volet qualitatif. Cependant, on peut déterminer des indicateurs principaux pour mesurer le succès ou l'échec du projet en général, par exemple, une augmentation significative des enterrements sécurisés dans une période plus courte que prévue.

A mode illustratif on peut prendre le premier résultat, '*Mise en place d'une campagne de sensibilisation et de plaidoyer efficace pour promouvoir les comportements de protection*'. Pour pouvoir déterminer si ce résultat a été atteint, vous aurez besoin de choisir vos indicateurs en vue de

quantifier le nombre d'interventions réalisées (volet quantitatif) mais aussi l'efficacité de notre intervention (volet qualitatif).

Pour mesurer le volet qualitatif, vous pouvez par exemple choisir les indicateurs suivants :

1. Nombre total de visites porte à porte réalisées par semaine
2. Nombre total de réunions de plaidoyer avec les autorités locales et communautaires réalisées par mois
3. Nombre total de promenades d'observation par mois

Les rapports des sensibilisateurs et des Recos, et ceux du point focal de communication vous permettront de rassembler toutes les données. Le contenu des rapports doit être développé de façon à ce que :

- Tous les indicateurs puissent être mesurés
- Il n'y ait pas de contenu 'extra' ou 'inutile'

Pour le volet qualitatif, vous pourriez choisir comme indicateurs :

1. % de la population interviewée qui a reçu des informations sur les comportements de protection et de prévention pour lutter contre la maladie à virus Ebola (mesure l'étendue de votre action)
2. % de la population interviewée qui trouve que les canaux de transmission des messages utilisés le dernier mois sont fiables (évalue l'adéquation des canaux)
3. % de la population interviewée qui comprend les messages diffusés le dernier mois (vérifie l'adéquation du message)

Pour mesurer ces indicateurs qualitatifs, vous pouvez utiliser plusieurs outils : une enquête (voir exemple dans les SOP), des jeux permettant l'évaluation de la compréhension des messages, des entretiens avec des informateurs clés dans le village et / ou tenir des groupes de discussion ou des exercices d'observation dans différents endroits clés tels que les centres de santé, le marché ou l'église.

10.3 Amélioration des messages et des activités de contrôle épidémiologique

Les résultats des activités de suivi, ainsi que les renseignements supplémentaires recueillis par l'anthropologue et le reste de l'équipe serviront à modifier à la fois les messages et les activités de contrôle de l'épidémie afin de les rendre aussi acceptables que possible par la communauté. Les messages de promotion de la santé devraient être adaptables et changer au fur et à mesure que l'épidémie évolue. Concentrez-vous sur des questions délicates ou problématiques identifiées lors de la mise en œuvre ou le suivi.

Une fois que les premiers messages ont été diffusés, la coordination avec les autres équipes est capitale. L'équipe WASH doit être pro-active et travailler sur le public cible et les messages à diffuser. Les informations des épidémiologistes et de l'équipe de prise en charge serviront par exemple à savoir la provenance des cas, cibler les villages sous-représentés pour savoir pourquoi ils ne se rendent pas

au centre de traitement (à cause du coût, du manque de transport, des questions éthiques ou culturelles, des rumeurs, désinformation sur les activités de contrôle de l'épidémie, etc.). Ceci permettra de recadrer vos cibles, adapter les messages et redistribuer les ressources disponibles, par exemple, en augmentant le nombre de travailleurs communautaires dans les villages les plus touchés.

10.4 La collecte et l'analyse des données

Les données collectées grâce aux outils ne seront d'utilité que si elles sont systématiquement analysées et distribuées à tous les membres de l'équipe multidisciplinaire. Pour cela, dès l'arrivée de l'équipe il faut vérifier l'existence :

- D'un point focal de suivi et évaluation commun à tous les intervenants, ou du moins dans votre équipe de travail
- De questionnaires, fiches ou autres outils de suivi et évaluation
- D'un système de transmission et analyse de données

Ne créez pas vos propres outils de suivi et évaluation sans avoir vérifié ces données. Pensez que pour que la collecte et l'analyse d'informations soit efficace et représentative, il est nécessaire d'utiliser des indicateurs et des outils de compilation de données homogènes. Si les différents partenaires ne sont pas alignés, choisissez un partenaire de référence et utilisez ses indicateurs et ses outils. Si aucun des partenaires ne dispose d'un plan de suivi et évaluation, vous pouvez utiliser les indicateurs et les outils fournis dans les SOP qui accompagnent ce module, tout en adaptant les questions au contexte d'intervention.

Encadré 9 : Résultats de l'évaluation de la communication réalisée durant la flambée de l'épidémie de MVE à Isiro, RDC en 2012

Eu égard aux nombreux problèmes culturels et obstacles au changement des comportements observés dans les communautés durant la flambée de la MVE, la sous-commission communication a, avec l'appui technique de l'OMS, réalisé dans la ZS d'Isiro en octobre 2012 à l'aide d'un questionnaire, des entretiens structurés sur les connaissances, les perceptions, les pratiques domestiques et communautaires pour évaluer l'efficacité de la communication sur les risques liés à la MVE, en vue d'apporter des améliorations aux stratégies et approches utilisées.

La commission a également, dans le cadre de la rétro-information, mené des sondages rapides d'opinion, organisé des focus groupes, visites à domicile, et observé les comportements des individus dans les écoles, les entreprises, les marchés et dans les centres de santé. Les résultats de ces différentes évaluations durant la flambée de la MVE dans la ZS d'Isiro ont révélé ce qui suit :

- De la perception du risque, des symptômes, modes de transmission et mesures de précautions de la MVE, la majorité (83,5%) de répondants croit qu'Ebola est une réalité dans le district d'Isiro et connaît 1 à 5 symptômes, modes de transmission ou mesures de prévention. Ils savent qu'il faut rapidement signaler au centre de santé le plus proche, si un membre de la famille ou un ami présente la fièvre ou 3 des signes d'Ebola. Pour d'autres Ebola est une malédiction ou est provoquée par la sorcellerie, une rumeur, un moyen pour les médecins de s'enrichir. D'autres pensent que la maladie n'existe qu'à l'hôpital et ne concerne que le personnel de santé ou les femmes qui s'empoisonnent avec le Garawa. Ils préfèrent garder leur malade à la maison, l'amener à l'église ou chez le tradi-praticien.
- Les canaux et sources d'information les plus efficaces et par lesquels les répondants ont obtenu les informations sur Ebola sont la Radio, les églises/mosquées, le personnel de santé, et les écoles.

- Les personnes crédibles, de confiance et les mieux écoutées selon les répondants sont le personnel de santé, les leaders religieux, les enseignants, les chefs des villages et les membres famille.
- Quant à l'appréciation des messages et images diffusés, la majorité dit qu'ils sont utiles et compréhensibles. Mais les images du film Ebola font peur.

Pour réduire les risques de contamination d'Ebola à domicile et dans la communauté, la majorité des répondants sait qu'il faut se laver fréquemment les mains, ne pas serrer la main des gens ni manger la viande du gibier, éviter les contacts humains surtout entre malade et les autres membres de la famille et signaler à l'hôpital les personnes contacts. Concernant le séjour du malade à l'hôpital, 34% de répondants pensent qu'il faut autoriser des visites sécurisées des membres de la famille pour leur apporter le repas familiale. 32% pensent qu'il faut limiter les visites et prier pour les malades.

- De la perception sur le centre d'isolement des malades, 50% des répondants pensent que c'est un lieu sûr où les médecins isolent les malades Ebola pour une prise en charge adéquate en vue d'empêcher la propagation de la maladie. Pour d'autres c'est un endroit suspect, dangereux, où on attrape l'Ebola. On ne peut visiter le malade. Les malades y sont amenés pour attendre la mort étant donné que la MVE n'a pas de traitement. Le prélèvement de grandes quantités de sang rapporte beaucoup d'argent aux blancs qui le vendent.
- Quant à la leur perception sur les survivants d'Ebola et les membres de leurs familles, 29,1% de répondants ont peur de les approcher au risque d'être contaminés, n'étant pas sûrs de leur guérison et croyant qu'ils sont toujours porteurs du virus. 47,3% savent que certains malades survivent d'Ebola et sont complètement guéris.
- De la perception sur les funérailles d'un mort d'Ebola, 48,2% estiment que les enterrements doivent être faits par les équipes d'hygiène pour sécuriser les familles et éviter la contamination. Les membres de la famille y participent, mais à distance. 28% pensent qu'il faut y participer pour le respect de la coutume, éviter le mauvais sort et manifester l'affection au mort devant cette séparation douloureuse. 6% s'y opposent et pensent qu'il y a trafic des morts pour un gain financier. La majorité des répondants est d'accord que les rites et pratiques d'inhumation traditionnelles changent durant l'épidémie Ebola. Pour d'autres il faut respecter la tradition quelque soit la situation.

Lors des sondages sur les connaissances, attitudes et pratiques face à la MVE chez les élèves de trois écoles secondaires et travailleurs de deux entreprises, un bon nombre d'entre eux surtout les élèves garçons affirmaient qu'Ebola n'existe pas ou était déjà terminé. D'autres étaient convaincus qu'Ebola est une occasion pour les équipes de santé de gagner l'argent.

Dans les marchés d'Isiro, on a constaté la rareté de la viande fraîche et boucanée de gibier suite à l'interdiction officielle en cours depuis avril 2012 pour protéger la faune et, probablement aussi, à cause de l'épidémie de la MVE. Néanmoins, la viande fraîche des animaux sauvages tels que les singes, antilopes, gros rats et autres étaient vendue sur quelques étalages. Les vendeurs et acheteurs se plaignaient de cette diminution de viande qui est l'aliment le plus consommé et le plus commercialisé de cette région.

Ces évaluations avaient révélé que beaucoup d'effort avaient été fournis par la commission communication à travers les radios locales, les églises et les écoles, dans la diffusion des informations relatives aux symptômes, modes de transmissions et à la prévention de la MVE. En dépit de ces résultats positifs, les informations recueillies mettent en exergue plusieurs facteurs de risque, rumeurs et obstacles à l'adoption par les populations des comportements de protection.

Les conclusions ont été intégrées dans la prise de décisions. Les changements et les améliorations ont été apportés aux stratégies, et approches utilisées dans le plan de mise en œuvre des activités de communication, à tous les niveaux, en vue d'obtenir l'appropriation de la lutte par les communautés et l'adoption des comportements de prévention et de protection.

10.5 Evaluation de la communication après une flambée et documentation

A la fin de l'épidémie, il est important de prendre le temps de compiler tous les données recueillies au cours de l'intervention d'urgence. L'évaluation des interventions servira pour :

- Diffuser et documenter les interventions et résultats : bases de données, sites Internet, revues, bibliothèques, Conférences, colloques, ateliers, symposiums, forums, séminaires, etc. ;
- Élaborer et reproduire les outils de suivi et évaluation ;
- Élaborer les rapports circonstanciés ;
- Partager les bonnes pratiques et expériences sur les progrès dans la prévention ;
- Organiser des séances de débriefing, point de presse, journées d'information à l'intention des médias pour la diffusion des résultats .

Encadré 10 : Exemple des questions à poser pour évaluer une flambée

1 Les interventions en matière de communication ont-elles été effectuées à partir des systèmes en place et des forces actuelles et ont-elles tiré profit des capacités et de l'expertise connexes des organisations partenaires ?

2 La communication avec le public a-t-elle été coordonnée de façon efficace parmi les organisations impliquées au cours de la flambée ?

3 Les renseignements au sujet de la flambée ont-ils été diffusés de façon proactive par les autorités responsables ?

La communication au public a-t-elle eu lieu en toute transparence ?

4 A-t-on été à l'écoute de façon efficace des groupes à risque et des autres groupes clés ? A-t-on tenu compte des renseignements recueillis dans l'élaboration des messages et la prise de décisions générales liées à la gestion d'une flambée ?

5 A-t-on procédé à un suivi et à une évaluation de la communication durant la flambée ? A-t-on tenu compte des résultats de cette évaluation dans la prise de décisions ?

6 Un plan de communication en situation d'urgence était-il en place ? Si oui, ce plan a-t-il été utile dans l'élaboration des interventions de communication ?

7 A-t-on mis en place un programme de formation et des exercices de simulation ? Si oui, ces outils seront-ils adaptés de manière à mettre en lumière les faiblesses repérées et les leçons tirées au cours de la flambée récente ?

Chapitre 3 : Approche anthropologique

"Si tu fais quelque chose pour moi, mais que tu le fais sans moi, tu le fais contre moi"...
Gandhi

3.1 Position du problème

Le sous-module anthropologie travaille en appui au module communication dont il fait désormais partie dans les réponses aux flambées épidémiques. En effet, les flambées épidémiques donnent souvent lieu à des conflits interculturels susceptibles d'alimenter la rumeur et la panique et donner ainsi lieu à des formes de résistance au sein des communautés affectées. Aussi, afin de prévenir toute résistance ou contestation et éviter d'amplifier la panique et les rumeurs, le recours à l'expertise du domaine anthropologique s'avère d'un apport important dans la mesure où elle aide à la compréhension des normes sociales et des comportements des populations dans les zones affectées et participe au renforcement de la qualité des interventions de communication et corriger les actions de l'équipe de la riposte.

La survenue d'un événement malheureux à caractère décimateur comme les épidémies donne toujours lieu à des interprétations multiples. Cela est exacerbé pour des maladies dont il n'existe ni traitement ni vaccin comme c'est le cas avec la maladie à virus Ebola. Aussi, lorsqu'une telle maladie sévit parmi les populations, la panique et la psychose s'installent. L'option du pouvoir public est dès lors d'arrêter la propagation de l'épidémie avec des méthodes de la santé publique mondiale (approche coercitive). Des gros moyens sont engrangés contrastant souvent avec la pauvreté des populations affectées et donnant lieu à des conflits interculturels. Les suspicions et le déni de la maladie deviennent possibles. La rumeur et la désinformation gagnent le terrain et peuvent conduire à des résistances et des mouvements de contestation. La riposte apparaît dès lors comme un programme qui s'impose d'« en haut », sans ancrage dans les réalités des autochtones.

Le rôle de l'anthropologue est dès lors de prévenir toute forme de résistance ou de contestation au sein des communautés affectées et de contribuer à stopper la panique et les rumeurs. *In fine*, il devra contribuer à l'extinction de l'épidémie en proposant des adaptations des réponses et des protocoles des différentes institutions nationales et internationales aux conditions locales et en privilégiant les approches compréhensives et participatives.

3.2 Objectifs

Doter les participants d'un minimum de connaissances sur les notions générales et les approches de l'anthropologie en vue de leur permettre de renseigner les éléments socioculturels susceptibles d'entraver l'action de la réponse à l'épidémie de la MVE ;

Particulièrement les participants seront capables:

- de se familiariser avec les méthodes rapides de collectes de données (de l'imprégnation au début de l'épidémie à la collecte des données proprement dite en cours et après la flambée)
- ;

- de renseigner constamment l'équipe d'intervention sur les Connaissances, attitudes et pratiques ainsi que sur les normes sociales observées au fur et en mesure de la riposte pour corriger les messages et les actions au fur et en mesure de la riposte.

3.3 Notions clés de l'anthropologie

Définition

L'anthropologie est définie comme la science de l'homme. Etymologiquement, le terme d'anthropologie est construit sur deux racines grecques : *anthropos* qui signifie l'homme et *Logia* qui désigne l'étude.

Objet de la discipline

Sur le plan historique, à la naissance de l'anthropologie au 19^{ème} siècle, elle s'est exclusivement attachée à l'étude des sociétés dites « primitives », et ce, en dépit de sa prétention universaliste. Ce qu'on a appelé ethnologie, c'est une discipline qui a été très souvent associée à la science des « sociétés exotiques ». Les recherches récentes en milieux urbains n'ont pas réussi à invalider totalement cette idée bien ancrée dans le sens du commun.

Outils de collectes des données

Sur le plan méthodologique, l'anthropologie a élaboré ses propres méthodes, ses outils spécifiques, notamment **l'observation participante et le séjour prolongé du chercheur parmi les populations qu'il étudie**. Cet outil procède d'une rupture méthodologique qui a consisté à fonder, depuis Malinowski (1884-1942), **la connaissance anthropologique sur l'observation des comportements sociaux**.

Du point de vue heuristique, l'étude anthropologique met l'accent sur la manière dont les personnes vivent, comment ils s'organisent, quels rapports ils entretiennent en mettant le focal sur le **point de vue des acteurs eux-mêmes**.

Les mutations opérées à l'intérieur de la discipline à partir de la seconde moitié du 20^{ème} siècle ont élargi son objet d'étude qui dorénavant intègre les sociétés industrielles et les espaces urbains (d'abord objet de prédilection de la sociologie). Après que l'anthropologie a mis au point ses propres méthodes d'enquête elle s'est aperçue que l'objet empirique dont elle s'était doté, à savoir les « sociétés primitives » étaient en train de disparaître car l'« univers des sauvages » lui-même n'était pas épargné par l'évolution sociale.

Depuis, le domaine de l'anthropologie s'est élargi et ses objets diversifiés. C'est dans cette optique que l'on parle des applications de l'anthropologie dont **l'anthropologie médicale, l'anthropologie du corps**, etc. figurent parmi les émanations.

Anthropologie médicale

L'anthropologie médicale repose sur le postulat que la Maladie (fait universel) est gérée et traitée suivant des modalités différentes selon les sociétés et que ces modalités sont liées à des systèmes de croyances et de représentations déterminés, en fonction de la culture dans laquelle elle émerge. (Cf. Fainzang, 2000, 2008)

« La finalité est d'arriver à une meilleure connaissance des facteurs socio-culturels déterminant les comportements des malades, en vue d'accroître la rentabilité des programmes médicaux auprès des populations concernées. » (*Ibid.*)

Anthropologie du corps¹

Le corps est saisi comme une construction sociale et culturelle, une « matière de symbole, objet de représentations et d'imaginaires ». La perspective anthropologique dépasse la simple « représentation anatomo-physiologique » que la médecine a érigée en représentation hégémonique.

Nos conduites, nos manières d'être, la façon dont nous mettons en jeu le corps dans les différentes situations sociales, ne prennent sens « qu'avec le regard culturel de l'homme », et ne relèvent pas seulement des aptitudes innées. Notre époque a élaboré le corps comme une limite marquant la distinction entre les individus dans une sorte d'enfermement du sujet sur lui-même.

La recherche de l'efficacité en médecine a conduit celle-ci à construire les représentations du corps malade qui s'écartent de la signification et de la singularité de la souffrance du malade. L'anthropologie, elle, admet que « l'action symbolique potentialise les effets physiologiques induits par l'acte médical, aspects négligés par la biomédecine, plus focalisée sur l'anatomophysiologique, prêtant ainsi le flanc à la critique d'autres « métiers de santé » (psychologues, sociologues, anthropologues, etc.). Ces catégories ainsi que les « médecines populaires » cohabitent avec le champ médical.

Ces quelques notions sur l'anthropologie du corps sont importantes car elles donnent un éclairage sur les représentations du corps dans différentes cultures et surtout en situation d'épidémies où les corps de morts font l'objet de beaucoup de controverses lors de l'enterrement. On l'a vu lors de l'épidémie de Djera dans la Province de l'Equateur, certains membres de communautés affectées pensaient que les hygiénistes chargés de l'inhumation sécurisée des personnes décédées d'Ebola prélevaient certains organes (sexe, langue, etc.) avant la mise en terre.

Le relativisme culturel

C'est une vieille notion dont la paternité serait attribuée à Hérodote (~484 environ~425). Hérodote s'est attaché à comparer les coutumes des Grecs avec celles des Égyptiens et des Sémites du Moyen-Orient. Il constatait, par exemple, que les Grecs mangeaient dehors et faisaient leurs besoins dans la maison, à l'inverse des Égyptiens. De même, il remarquait que la virginité des jeunes filles, à laquelle les Grecs attachaient tant de prix, était, à Babylone, offerte à un étranger de passage dans le temple d'Astarté.

C'est une notion très importante. Elle permet d'éviter un regard **ethnocentrique**, une propension à considérer sa culture comme étant la meilleure de toutes. Dans les habitudes alimentaires chez les mongo, le chien est un aliment très prisé et réservé même aux plats rituels.

Par conséquent, les anthropologues recommandent l'établissement de relations fondées sur le dialogue, le respect et la confiance avec les communautés pour des stratégies de communication et de mobilisation sociale efficaces et plus réalistes. Voilà pourquoi, le deuxième point suivant est axé sur la contribution de l'anthropologie en cas des flambées épidémiques.

¹ Cf. David Le Breton, 1992. *Sociologie du corps*, Paris : PUF

3.4 Contribution de l'anthropologie à la riposte aux flambées

- La survenue d'une épidémie aussi désastreuse, et pour laquelle il n'existe pas encore de remède, comme la MVE, crée la panique et l'angoisse au sein des communautés affectées.
- L'option du pouvoir public, **préoccupé par la santé du grand nombre**, c'est d'arrêter avant tout la propagation de l'épidémie avec des méthodes de la santé publique mondiale (**approche coercitive**).
- Des gros moyens sont engrangés contrastant souvent avec la pauvreté des populations affectées. C'est la naissance des conflits interculturels.
- La rumeur et la désinformation peuvent gagner du terrain et conduire à des résistances et des mouvements de contestation.

Conséquence : la riposte peut se buter à un échec car il apparaît comme un programme qui s'impose d'« en haut », comme **une confrontation entre la culture globale et les cultures locales**.

L'efficacité des approches anthropologiques dans la réponse aux épidémies devra se situer à ce niveau. Il faut souligner que ces approches sont même très recommandées par l'OMS et toutes les organisations qui s'occupent de la santé mondiale qui ne cessent de souligner et réitérer l'importance d'y recourir lors des flambées épidémiques (*Cf. OMS, 2014. INTERIM version 1.2, Flambées épidémiques de maladie à virus Ebola et Marburg: préparation, alerte, lutte et évaluation. Genève ; UNICEF, OMS, FAO, 2012. Communication pour un impact Comportemental (ComBi), Outil pour la communication comportementale et sociale dans le cadre de la riposte aux flambées épidémiques, Genève*).

L'approche anthropologique permet d'accroître l'efficacité des interventions et des stratégies et contribue à éclairer le contexte socioculturel des comportements individuels, communautaires, voire institutionnels, pendant une flambée épidémique.

Au-delà de la reconnaissance des comportements à risque (ce que les gens font pour se mettre, ou mettre autrui, en danger) et de la définition des objectifs comportementaux (ce que nous voulons que les gens fassent), l'efficacité de cette approche, repose sur la capacité à **découvrir des raisons pour lesquelles les gens agissent comme ils le font**.

Voilà pourquoi, une approche anthropologique de la communication vise en priorité à comprendre les motifs, les valeurs et les modèles culturels, fondements indispensables de stratégies de mobilisation sociale efficaces agissant durablement sur les comportements.

Une perspective anthropologique aidera aussi à situer la prise de décisions et le comportement individuels dans le contexte culturel, technologique et environnemental où le comportement trouve son sens dans la mesure où « il est adapté à la situation locale et parce qu'il est considéré comme souhaitable ou raisonnable ».

Les anthropologues recommandent, nous l'avons dit, l'établissement de relations fondées sur le dialogue, le respect et la confiance avec les communautés pour des stratégies de communication et de mobilisation sociale efficaces et ancrées dans les communautés.

Pour comprendre pourquoi les gens font ce qu'ils font, il faudra procéder à des recherches ininterrompues et associer la communauté de manière significative tout au long de la planification et de l'évaluation.

Cette approche devrait se solder en définitive par une confiance accrue et une compréhension mutuelle entre les acteurs de communautés concernées, une détection et une notification plus rapides des cas, des canaux et un contenu communicationnels plus appropriés ainsi que des interventions compréhensives et humanisées, et des stratégies de mobilisation sociale plus efficaces.

Des approches anthropologiques souples permettent un retour rapide de l'information au cours de la planification, de la mise en œuvre et du suivi des interventions de communication et de mobilisation sociale, et un prompt ajustement des stratégies en cas de possibilités ou de problèmes imprévus.

Une approche anthropologique de la lutte contre les flambées inclut la création d'un modèle concerté de dialogue et de participation active, qui se distingue d'un modèle de communication radio ou télédiffusée imposé d'« en haut ».

La recherche anthropologique pendant une flambée permet par ailleurs de déterminer comment : (1) associer au maximum les communautés touchées, (2) reconnaître les obstacles existants et les ressources locales disponibles pour une mobilisation sociale efficace, (3) obtenir des informations parfois sensibles et critiques, et (4) éviter les malentendus et prévenir et résoudre les conflits.

Sur le plan méthodologique, les anthropologues ont généralement besoin de temps, d'un long temps pour comprendre la culture des sociétés qu'ils étudient. Ce que ne leur laisse la gestion urgente des épidémies.

Obligés de s'adapter, ils doivent « faire avec » l'épidémie, c'est-à-dire explorer rapidement et préalablement la littérature sur la maladie et consulter les données sur les zones affectées pour être sûr de poser de bonnes questions et ne pas gaspiller le temps.

Une fois dans la zone affectée, ils doivent trianguler les approches (recours aux RRA) : *focus group* et entretiens collectifs, entretiens (individuels et par récit de vie) et observation des situations. La lecture exploratoire doit permettre de confectionner une liste de thèmes, une sorte de pense-bête reprenant de manière indicative les situations à observer, les informateurs clés à rencontrer et les informations pertinentes à recueillir.

Etude de cas : Résultats de l'étude anthropologique sur l'expérience de la MVE à Djera (Lokolia)

Le district de Djera où sévit l'épidémie à virus Ebola est un des secteurs du territoire de Boende, dans le district de la Tshuapa. Il comprend sept aires de santé que voici : (1) Boende moke, (2) Lukula, (3) Lokolia, (4) Watshikengo, (5) Mundombe Ngele (6) Bokoto et (7) Ikonge. Ces aires de santé sont toutes affectées, à différents degrés, directement ou indirectement, par l'épidémie. Quatre d'entre elles sont directement touchées. Il s'agit de Boende Moke, Lokula, Lokolia et Watshikengo. Les villages Iyolongo, – de l'aire de santé Esangani située dans la zone de santé de Wema est également affecté et un certain nombre de contacts y sont suivis par l'équipe de surveillance. C'est à Lokolia, siège du district de Djera, que l'équipe de la coordination de la riposte a installé sa base. C'est également à Lokolia qu'est établi le Centre de traitement Ebola (CTE). Situé à 68 Km au départ

de Boende, Lokolia est une aire de santé constituée de 19 villages. Elle compte pour l'ensemble plus de 5.000 âmes.

La population vit essentiellement de la pêche, chasse et cueillette. La pratique de l'agriculture est très faible malgré l'abondance de la pluie et la fertilité apparente du sol.

Les données socio-culturelles renseignent les principaux groupes ethniques suivants : les mongo (ethnie majoritaire) parmi lesquels on peut compter les ntomba, ekota, bakutu, mbole, bosaka, topoke, mongando, Mongo, moko et Ngombe); les Batswa (pygmées vivant à Monkoto et Ikela).

Les principales langues parlées sont le lomongo et le lingala (langues véhiculaires). Le longando, le topoke et le français (langue officielle). Parmi les principales religions, nous avons noté les Catholiques, les Protestant, les Kimbanguiste, les Témoins de Jéhovah, les Eglises de réveil, les Kitawala (signalés comme étant réfractaires aux interventions de santé publique (vaccination notamment) et à la modernité ainsi que les Musulmane.

Au départ de Boende, deux voies permettent d'accéder à Djera : la voie routière et la voie fluviale. La dernière voiture Les routes sont dans un état exécrable mais depuis l'installation de l'équipe de coordination de la riposte, quelques routes ont été aménagées et il y a de plus en plus la possibilité de circuler en voitures 4x4. Pour se déplacer, les populations se servent surtout des vélos, motos, pirogues simples ou motorisées et même des radeaux. L'une de grandes caractéristiques de cette contrée reste sa forêt. Une forêt très dense qui renferme une flore et une faune avec des essences recherchées et une faune variée dans le Parc national de la Salonga.

Le secteur de Djera est situé dans une sorte de cuvette très irriguée du fait de nombreuses et abondantes rivières qui sillonnent la région au point que la route qui relie Boende à Djera repose sur une digue construite depuis la période coloniale. Dans les villages, neuf maisons sur dix sont en pisé avec un recouvrement végétal. Les Ecoles sont logées à la même enseigne : toutes les écoles visitées sont en pisé avec un recouvrement végétal, à l'exception de l'Ecole primaire Botombe Seka située à Ituku (+/- 9Km de Lokolia) qui est une construction en dur datant de l'époque coloniale avec un recouvrement partiel en tôles. Mas ellee st dans un état de dégradation très avancée comme le montre les photos ci-dessous :

La malnutrition des enfants est chronique et la quarantaine imposée à cause de l'épidémie ne fait qu'aggraver une carence alimentaire déjà sévère. La population se nourrit principalement des feuilles de manioc accompagnées de la *chikwang* faite également à base de manioc. Le gibier et le poisson en provenance de la chasse et de la pêche, censés apporter des protéines aux enfants, sont hélas destinés à la vente et l'argent généré est généralement consommé à l'achat de *Agéné* (alcool indigène fermenté avec du maïs). Toute la production de maïs est orientée à la fermentation de *Agéné*². Les travaux de champs (*bilanga*), à côté des travaux de ménage, sont un apanage des femmes. Les hommes s'occupent de la chasse et de la pêche, ou ne font rien. Les sources d'eau ne sont pas aménagées. La population se contente de l'eau des rivières.

Methodologie

Les équipes de terrain sont mixtes. Elles sont constituées de manière à intégrer à la fois les membres de plusieurs commissions. L'équipe de la commission « prise en charge » est basée au Centre de traitement Ebola, à Lokolia, et ne se déplace que lorsque les équipes conjointes sur le terrain signalent un cas, dans la communauté, nécessitant une évacuation vers le centre de traitement Ebola. Il en est de même de la commission Laboratoire qui ne bouge que pour réaliser des prélèvements sur

² La population ne consomme pas le maïs. Et la farine de maïs que renferme le kit alimentaire distribué par PAM est d'office destinée à être vendue, selon les informations recueillies auprès de la population qui réclame qu'on leur ajoute du sucre si l'on veut que cette farine soit consommée sous forme de bouillie.

certaines « cas suspects »³ qui hésitent à se rendre au CTE ou ceux dont l'accès aux demeures est difficile pour les véhicules d'enlèvement.

Au cours de la période qui a couvert la mission, la commission Communication, appuyée par l'anthropologue, a pu s'imprégner des traditions, normes sociales ainsi que des pratiques et attitudes qui ont cours dans les villages touchés par l'épidémie afin d'éviter que l'intervention de l'équipe de lutte ne choque les susceptibilités parmi les communautés. La société est patrilinéaire. En cas de maladies, les familles ont généralement recours à l'automédication (basée sur la phytothérapie ou les produits modernes). La persistance d'une maladie implique le recours concomitant ou alterné au système des soins traditionnels, à la biomédecine et aux prières curatives. Et comme cela apparaît dans les vignettes rapportées ci-haut, la logique d'accusation et la recherche de boucs émissaires sont à l'œuvre et priment sur les réalités biologiques. La mort d'un conjoint implique des rites de purification de la part de la belle-famille, et ce, malgré la présence d'innombrables églises implantées.

De manière générale, les données présentées dans ce rapport sont issues de notre participation à l'action de la riposte, au sein de la commission communication. Les entretiens individuels (avec les membres de la communauté et les membres des commissions), les séances d'écoute actives et des causeries éducatives dans les villages, les réunions de la coordination en plénière et les réunions sectorielles en commission, les conversations spontanées (aussi bien avec les membres de l'équipe de la riposte qu'avec ceux de la communauté), l'observation *in situ* des interactions et des négociations entre les psychologues et certaines familles éprouvées ou ayant des membres malades ont contribué à alimenter ce rapport. A cela s'ajoute l'observation de certains moments, notamment : l'enlèvement des malades de leurs domiciles vers le CT, les enterrements sécurisés, la désinfection à domiciles, dans des écoles et églises ; la surveillance des contacts, les visites à l'hôpital, les annonces des décès, etc. Les récits ainsi recueillis et les situations observées constituent le ferment qui a contribué à nourrir la consolidation de ce rapport. Pour y arriver, plusieurs villages ont été visités. Il est apparu globalement que la population de Boende est réceptive et coopérative. D'après les informations rapportées, cette coopération viendrait du fait que l'épidémie a fait des ravages dans certaines familles que les communautés ont dû remanier leurs comportements. « *Après tout, on ne perd rien en suivant vos conseils* », a dit une femme éprouvée par la mort de sa fille à Inkanamongo. « Ce sont les mêmes produits (parlant des aqua tab et du klorin) que nous utilisons quand nous voyageons. On avait des mauvaises idées pour rien contre les sensibilisateurs.

Il est arrivé aussi qu'en refusant de suivre les conseils et messages des sensibilisateurs, les communautés se sont retrouvées en face des situations néfastes pourtant prévenues par les équipes de sensibilisation. Dans ces cas, les situations survenues (décès ou contaminations) ont servi de leçon pour l'avenir. Ainsi, nous avons observé qu'à Inkanamongo, village qui a fait de nombreuses victimes, la population restait éloignée des maisons où il y a eu des décès lorsque ceux-ci ont eu lieu dans la communauté. Les proches de certains ménages s'entouraient également des précautions lorsque leurs membres malades présentaient des signes « suspects ». Une femme dont le mari est décédé, hélas, ne s'est pas opposée à prendre des précautions de sécurité (gants, distance, etc.) dans l'assistance qu'il a apporté à son mari jusqu'au décès de celui-ci, le 05 septembre.

L'accueil avec des applaudissements d'un ancien malade survivant d'Ebola après plus de 21 jours de suivi et de prise en charge au Centre de traitement a été un événement sur lequel la Commission communication s'est appuyée pour convaincre ceux qui dans la communauté hésitaient encore à se

³ On a 4 catégories de personnes. Les « contacts » ce sont des personnes qui ont un lien épidémiologique avec les cas confirmés ou présumés confirmés (décès notamment). Les « suspects » sont des contacts qui ont manifesté les signes de la maladie avant qu'ils ne soient prélevés. Les « probable »s sont les suspects évalués par un clinicien et qui n'ont pas encore les résultats de Laboratoire. Les confirmés, sont de « suspects » donnés positifs par les résultats de laboratoire. Ces définitions sont consensuelles ; elles sont fonction du milieu. Dans un contexte non épidémique, ces définitions peuvent changer. Par exemple, à Kinshasa, si on reçoit une personne venant de la Guinée et qui fait une fièvre, cette dernière sera catégorisée « cas suspect ».

rendre au centre de traitement Ebola en cas de manifestation de signes de maladie. Les anciens malades guéris ont également offert à l'équipe de la riposte l'opportunité d'être utilisés dans les situations de prise en charge difficile du fait de leur guérison immunitaire.

Lorsqu'une femme venait d'être déclarée positive alors qu'elle allaitait un bébé de quatre mois, il a été suggéré à l'équipe de la prise en charge de confier la garde du bébé, sevré pour le besoin de la cause, ainsi que celle des autres petits enfants à madame Marie survivante d'Ebola.

Survол sur quelques situations défavorables à la lutte

- ***Le déni de l'épidémie et la logique d'accusation.*** Certaines communautés ont refusé de reconnaître l'épidémie. Le village d'Ituku (9 Km de Lokolia) a opposé une forte résistance aux équipes de la riposte. Dans ce village vit un acteur de la société civile très écouté qui a inoculé au sein de sa communauté l'idée selon laquelle il ne s'agit pas d'Ebola comme le proclame, mais d'une maladie qui tirerait son origine dans le village Ikanamongo où la sorcellerie serait très active. L'intéressé est lui-même victime de l'épidémie pour avoir perdu son épouse et sa fille.

Les causeries éducatives initiées par l'équipe de communication, l'augmentation de cas de décès de malades dans la communauté ont concouru à l'adhésion de cet acteur à l'action de la riposte. Intégré dans l'équipe de communication, cet acteur a révélé des cas de malades qui restaient cachés dans leurs maisons et les a persuadé à se rendre au CTE.

- ***La présence des sacs mortuaires dans les unités de soins.*** La présence de ces objets a provoqué un émoi au sein des communautés. « la présence de ces objets signifie qu'il n'y a pas d'autre issue. La mort est inévitable ». Cette conviction était confortée par le fait que la quasi-totalité des malades évacués vers le centre de traitement y rendaient l'âme. « C'est un chemin de non-retour », a dit un infirmier de Lokolia. « Puisqu'on sait déjà qu'on va mourir, pourquoi se rendre au centre ? Autant rester mourir à la maison », a renchéri un enseignant toujours à Lokolia.

Il a donc été recommandé à la coordination de demander à la commission de prise en charge d'éloigner ces objets funestes des unités de soins.

- ***Le poids des traditions et des normes sociales locales.*** Plusieurs situations observées et récits recueillis au sein des communautés recèlent un poids très important des traditions.
- Généralement, les familles s'apportent une assistance en cas de deuils et surtout lors de l'inhumation. Leur Priver du droit d'accompagner leurs proches décédés dans l'intimité pour confier cette tâche aux hygiénistes apparaît comme quelque chose de catastrophique. La proximité entre les vivants et les morts est très perceptible dans cette contrée où certaines familles continuent à enterrer leurs morts dans les parcelles où l'on peut encore observer les tombes.

Cette situation n'est pas sans susciter des suspicions au sein des communautés où l'on s'interroge sur les véritables motifs de ces actions. D'autant plus que nous sommes dans un contexte où d'aucuns continuent à penser que certaines parties du corps d'un mort comme les ongles, les cheveux, le sexe ainsi que les objets qui lui étaient attachés (vêtements, chaussures, etc.), ou même l'eau ayant servi pour sa toilette mortuaire, etc. pourraient servir d'ingrédients à la confection des charmes magiques. Ainsi, laisser le corps d'un proche aux inconnus pour qu'ils organisent son inhumation exposerait celui-ci au prélèvement de ses

organes à des fins de sortilèges. Aussi, sans sensibilisation, les familles ne peuvent qu'opposer leur méfiance. Les proches de Dydy, mort d'Ebola à Boende, Continuent à penser que l'équipe des hygiénistes avait prélevé certains du corps, notamment le sexe, les intestins et la langue, avant d'enterrer. C'est ce qui a justifié le fait qu'ils s'étaient emparés du corps pour l'amener chez le procureur à qui ils ont demandé d'ouvrir le sac mortuaire pour vérifier s'il avait encore tous ses organes.

Toujours en rapport avec la gestion du deuil, on a noté par ailleurs que même si le mort a été inhumé près du lieu où il est décédé, le deuil pouvait encore être déplacé vers le village paternel du mort avec tout le risque que les « personnes contacts » font courir à la communauté en exportant le risque de contamination dans le village hôte. L'équipe de la communication a pris l'option de se renseigner sur des éventuels déplacements du deuil et d'anticiper en sensibilisant aussi bien le village où ont lieu le décès et l'inhumation que celui qui va accueillir le deuil par la suite.

- Traditionnellement les chefs coutumiers « Nkumu » sont considérés comme des dépositaires des valeurs morales et culturelles de leurs entités. Ils ont donc une très grande audience au sein des communautés qu'ils dirigent. Il nous a été rapporté qu'un « Nkumu » a réuni les habitants de son village pour leur annoncer une potion magique contre Ebola dont le mélange lui a été révélé par les ancêtres. Les ingrédients de ce mélange seraient les morceaux d'écorces de quatre plantes : Bofili, Bokoto, Bwala et Ekongo bololo. La potion ainsi obtenue aurait la vertu à la fois prophylactique et curative contre Ebola. Aussi, dans ce village – d'environ 1Km de long), presque chaque ménage a une casserole de ce mélange. Une double prise quotidienne la dose est exigée de chaque membre pendant cette période d'épidémie. « C'est comme ça que dans notre village il n'y a plus un seul cas d'Ebola. Et même les « cas contacts » avérés n'ont pu développer la maladie », a dit bravement un fanatique de ce produit à Boende Moke ». « je ne peux pour rien au monde abandonner ce produit des ancêtres, a renchéri un soignant du Centre de santé Boende moke » qui a également vanter les vertus curatives et préventives de cette chimie.
- L'équipe a observé par ailleurs que les décès de l'un des conjoints nécessitent la purification du veuf ou de la veuve. La conduite de ces rites est réservée à la belle-famille qui doit garder le veuf ou la veuve pendant une certaine période au cours de laquelle celui-ci ne peut ni se laver, ni parler avec les personnes étrangères à la famille hôte. La transgression de ces interdits pourrait entraîner la « non-réparation » et le concerné court le risque d'être hanté par l'esprit du mort. C'est ainsi qu'un veuf dont l'épidémie a emporté épouse et fille s'est trouvé dans l'incapacité de conduire un autre de ses enfants malade au centre de traitement alors que ce dernier manifestait les signes d'Ebola. En réalité il était tiraillé entre les exigences de la tradition (interdiction de sortir ni de parler) et la contrainte d'accompagner son enfant malade. Cela a entraîné un retard dans la prise en charge de l'enfant. L'équipe a noté aussi que la « réparation » en question (rite de purification) inclut un rasage complet de tous les poils du veuf ou de la veuve. Cette pratique comporte un grand risque pour la personne qui rase surtout lorsqu'on ignore la cause du décès et si le conjoint (e) qu'on purifie a été contaminé (e) à son tour.
- L'attitude réfractaire de certains guérisseurs traditionnels. Un féticheur nommé Bola Célestin aurait contribué à la propagation de l'épidémie. Ainsi raconte un IT : « face au nombre important de décès au début de l'épidémie, ce guérisseur traditionnel diffusait un message selon lequel il était 'inspiré par un esprit de l'est', lequel lui a révélé que cette épidémie allait faire plus de 3.000 victimes. L'esprit en question lui a donné la mission de prendre en charge cette situation pour éviter la survenue de cette hécatombe. Aussi, le féticheur avait-il invité tous les malades de son village qui manifestaient les signes d'Ebola. Puis il le soumettait à des

incisions et lui suçait de sa bouche leur sang qui en coulait pour extirper le virus. » Six personnes qui avaient subi ce traitement avaient péri et le guérisseur dû s'enfuir du village avant d'être surpris par la maladie au cours de son cavale. Son corps fut retrouvé huit jours plus tard dans la forêt vers le parc Salonga. « Le corps était tellement enflé et décomposé qu'on a dû juste le couvrir de terre sans creuser un trou. »

- Les méthodes « envahissantes » utilisées par l'équipe de la commission « Prise en charge » lors de l'enlèvement des malades à domicile. Les équipes de prise en charge commises à l'enlèvement des malades s'improvisaient dans certains villages pour récupérer de force les malades de la communauté vers le centre de traitement. Les populations, non préparées, trouvaient cela brutal. La conséquence était que certains ménages dissimulaient leurs malades ou les déplaçaient d'un village vers un autre plus inaccessible. Il a été recommandé que les ménages dont on a renseigné la présence de cas suspects puissent être préparés par l'équipe de prise en charge psycho-social.
- L'attitude distante des membres de l'équipe de riposte au début de l'épidémie. Les membres du premier groupe de riposte contre Ebola qui est arrivé à Lokolia et Boende avaient pris trop de distance, remarquable en tout cas, envers la population pour éviter de se contaminer. « même nous les infirmiers, nous nous sommes sentis rejetés par les premiers médecins qui étaient arrivés », a dit un infirmier. « Leur attitude nous avait fait paniquer », a dit le Président de la société civile de Djera. « Nous étions considérés comme des Ebolistes, surtout nous qui avons perdu nos proches, a-t-il poursuivi avant de conclure en Lingala : « Babandaki kobengana biso lokola soso. Yango nde tolobaki, Ok. Tokomona ndenge nini bokosala. », « Ils étaient en train de nous chasser comme des poules. Pour cela je m'étais dit, ok. On verra comment vous allez travailler ». Lorsqu'on est trop distant des personnes pour lesquelles on intervient cela ne doit pas être remarquable. Si c'est le cas, les bénéficiaires risquent de mettre en doute l'objet de la mission. On se souviendra de cette expression de Mandela : quiconque travaille pour moi sans moi, travaille contre moi.
- Les messages des églises. Certaines églises continuent à enseigner que seule la prière peut mettre fin à cette épidémie car il s'agit d'une action maléfique. En plus de cela, au début de l'épidémie il y a des pasteurs qui s'enfermaient avec leurs ouailles dans des églises pour prier contre Ebola. Au lieu d'arrêter la maladie, certaines ouailles ont par contre été contaminées. Il a été Recommandé à ces pasteurs d'arrêter de rassembler leurs ouailles pendant cette période d'épidémie.
- Les pratiques alimentaires (consommation des chauves-souris et des animaux trouvés morts). La quasi-totalité des personnes approchées dans différents villages a confirmé la consommation régulière des chauves-souris. Certains nous ont même décrit la manière dont ils confectionnent les pièges pour les attraper.

Il a été par ailleurs observé que la consommation de la viande du bétail trouvé mort a encore cours dans les communautés et ce malgré la sensibilisation. En date du 09 septembre, l'équipe intégrée composée des épidémiologistes et de l'anthropologue a croisé un villageois de Lokula (31 Km de Lokolia) qui transportait un porc mort. Pris de peur en voyant le véhicule des sensibilisateurs, l'homme avoua : « il était mort et je l'ai égorgé pour aller l'enterrer ». Cette séquence montre que cet homme était informé de l'interdiction de consommer du gibier et la viande des bêtes trouvées mortes. Sinon, il n'aurait pas parlé de l'enterrement. Mais égorger, puis déplacer sur un vélo un animal pour l'enterrer laisse penser à une manœuvre qui vise à consommer ou faire consommer la viande de l'animal dans des villages qui ignorent les conditions de sa mort.

- Des arroseurs arrosés. Une des idées fausses qui ont circulé dans la zone d'intervention, surtout dans les villages non encore touchés par l'épidémie et où se menait la communication

de prévention était que les motards (sous-entendus l'équipe des épidémiologistes chargés de la surveillance et de la recherche active des cas) seraient en train d'injecter la maladie à virus Ebola parmi les autochtones. Certaines populations, notamment à Iyolongo (seule localité de la zone de santé de Wema affectée) jetaient des troncs d'arbre sur les sentiers pour empêchant ainsi l'accès des équipes dans leur contrée. Des cris étaient lancés à leur passage comme « Ba Ebola », « les Ebola » ou encore « Isuma balongo », « suceur de sang ».

