



ANALYSE THEMATIQUE SUR LE LISTAGE ET LE SUIVI DES CONTACTS

Épidémie de le maladie à virus Ebola, Province de l'Équateur, RDC

Cellule d'analyse et Surveillance, EOC Mbandaka

Contact: analyse.epi.equateur@gmail.com

PLAN DE PRÉSENTATION

1) Situation épidémiologique détaillée du suivi de contacts

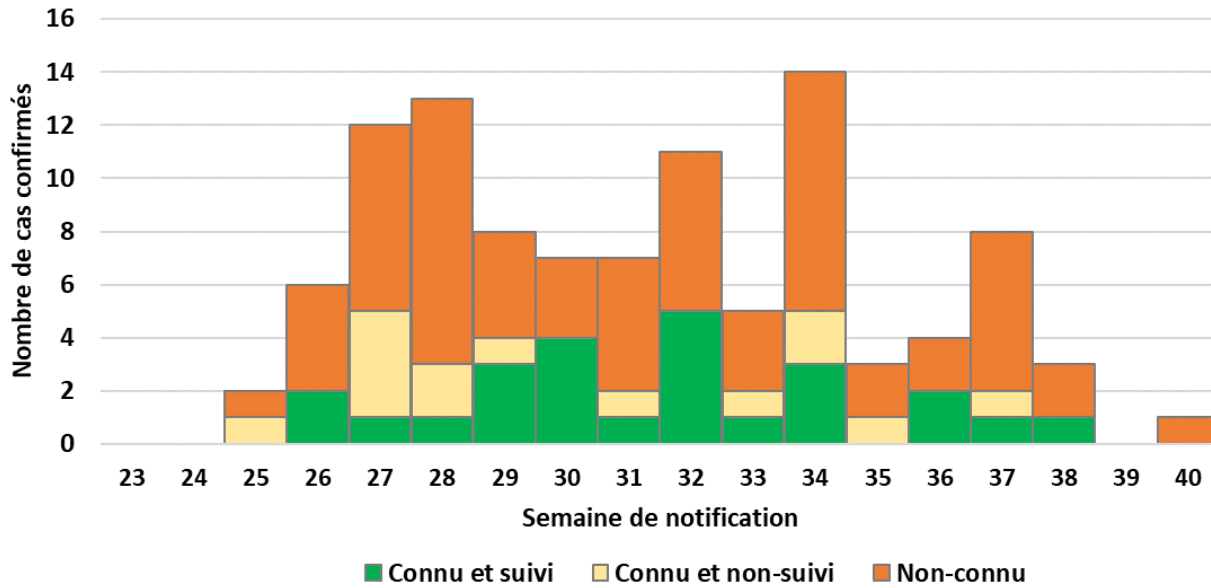
- Courbe épidémique selon le statut de suivi du cas
- Caractéristiques des contacts listés
- Listage des contacts (ZS et AS)
- Qualité du suivi par ZS

2) Barrières et motivateurs à la participation dans le listage et le suivi des contacts

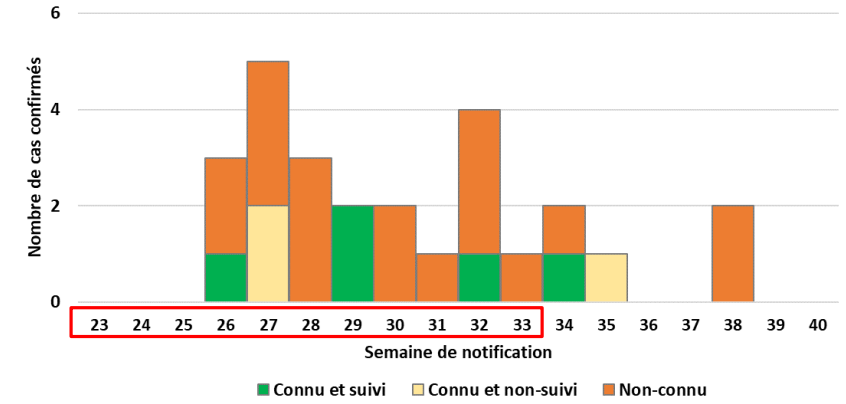
1) SITUATION EPIDEMIOLOGIQUE DETAILLEE DU SUIVI DE CONTACTS

CAS CONFIRMÉS PAR STATUT – CONTACT SUIVI/NON-SUIVI

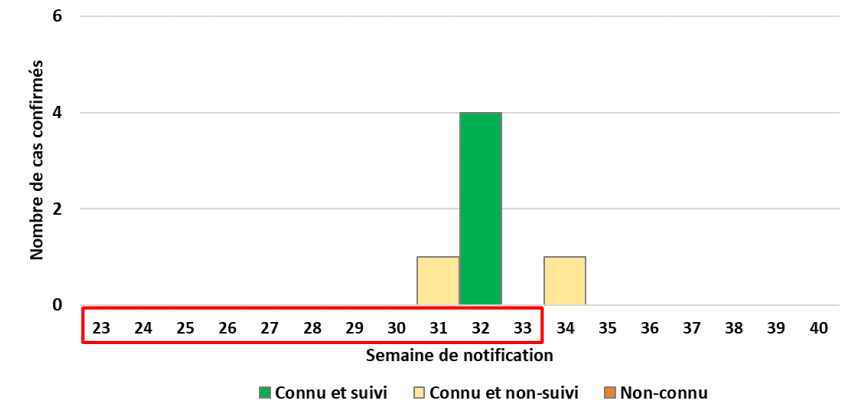
Equateur – toutes zones de santé



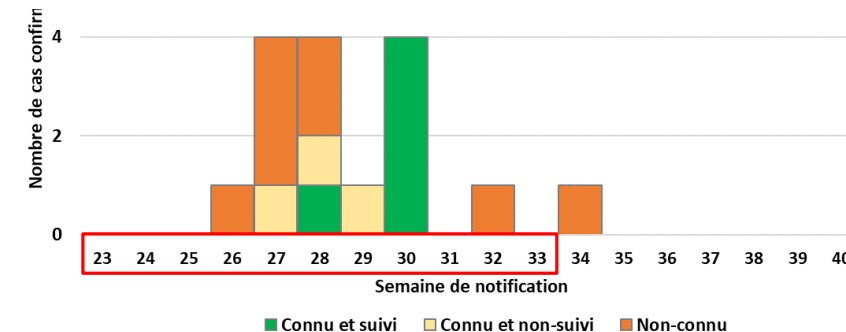
Bikoro



Ingende



Mbandaka



Période d'étude CASS: 1 Juin au 11 Août

- Pour la situation générale : on remarque que la majorité des cas confirmés n'étaient pas connus comme contact – jusqu'aux cas les plus récents.
- La situation est assez hétérogène entre les ZS

CARACTERISTIQUES DES CONTACTS (1) : TOUS LES CONTACTS

Distribution des contacts listés par âge et par sexe



Distribution des contacts listés par âge et par sexe



- Pas de disparités majeures dans le listage des contacts entre hommes et femmes.
- ++ d'enfants de 5 à 9 ans listés parmi les contacts (globalement).
- À Mbandaka par contre peu d'enfants de 0-4 ans ont été listés comme contacts: significativement plus faible que dans toutes les autres ZS avec plus d'un cas.

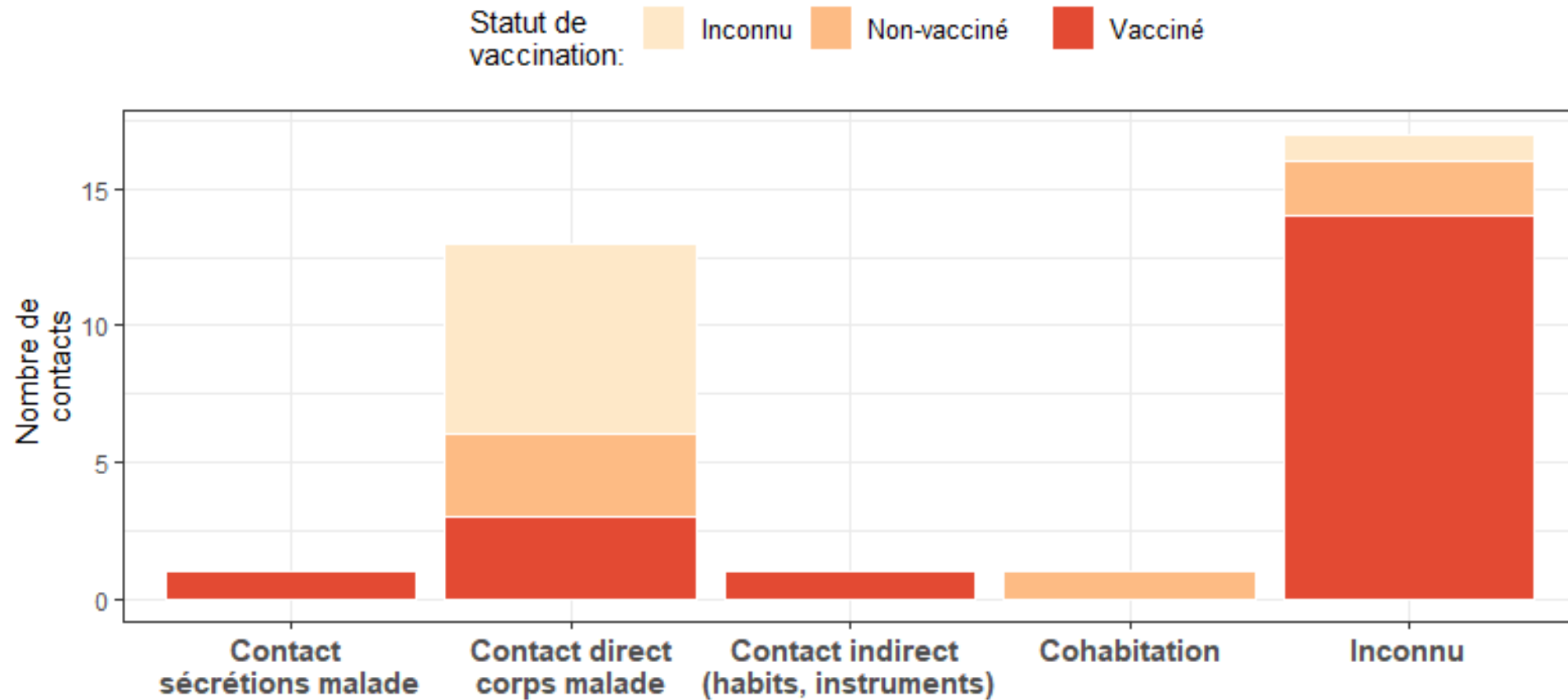
➤ 30 contacts dans la base devenus des cas confirmés

- En moyenne, **confirmé au 8^e jour de suivi** [*Min-Max: 1-19, IQR:2.25-14*]
- La majorité étaient des proches du cas source (*lien familial: 16, voisin: 6*); 4 étaient co-patients avec le cas source, et pour 4 autres le lien n'était pas précisé.
- 7 d'entre eux (23%) n'était pas vu durant les 3 premiers jours de suivi
- 10% ont été perdus de vue à un moment de leur suivi
- 20 étaient rapportés comme vaccinés (67%)
- 26% étaient de Bolomba, 23% de Mbandaka, 20% de Bikoro

CARACTERISQUES DES CONTACTS (3): CONTACTS JMV DE MAKANZA

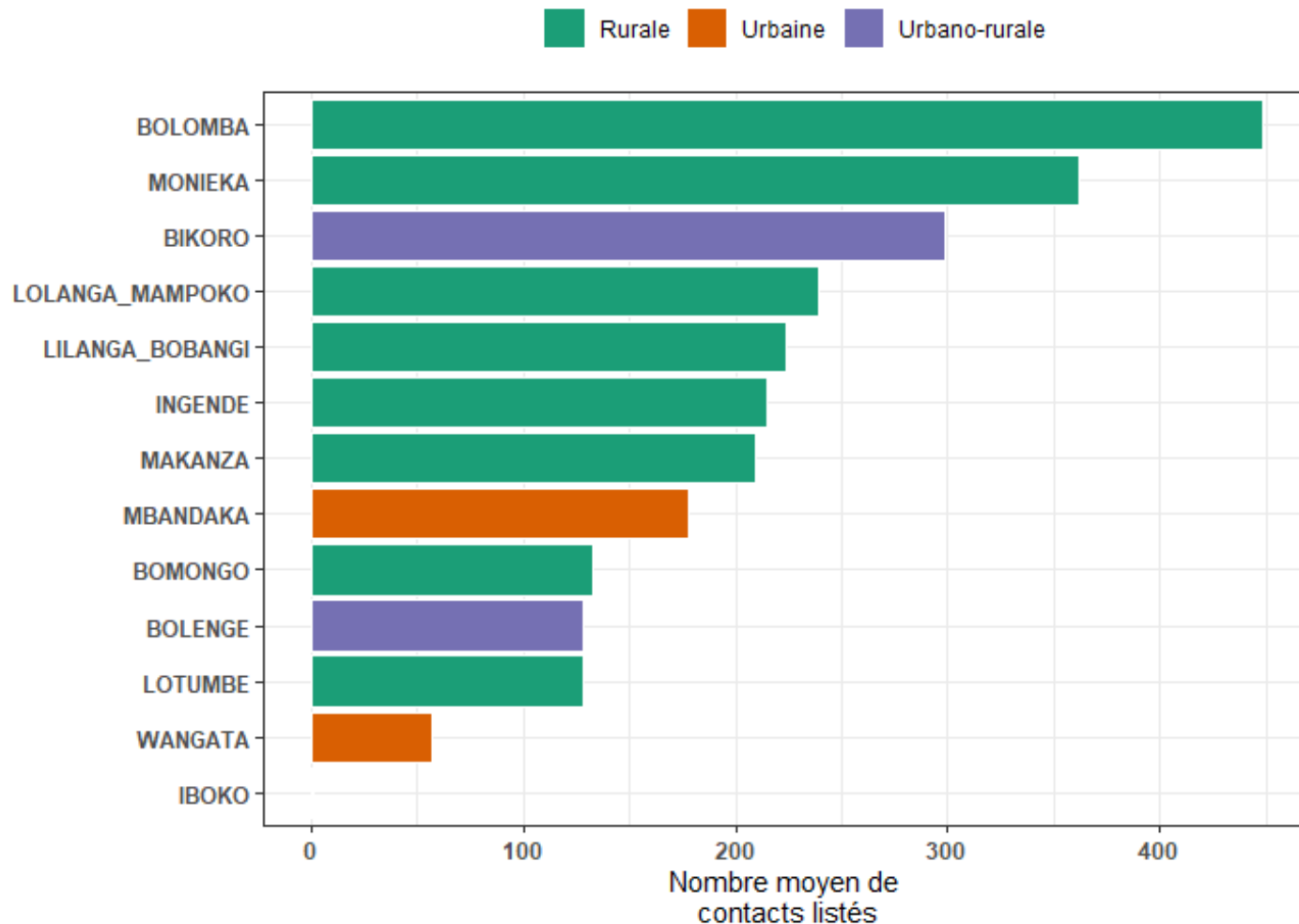
- 1 PDV au 7^e jour de suivi: co-patient du cas confirmé; vacciné
- 33 contacts classés « jamais-vus » dans la base linéaires

Distribution des contacts JMV de Makanza selon le type de contact avec le cas source et leur statut de vaccination



LISTAGE DES CONTACTS(1): Nombre moyen de contacts listés par ZS

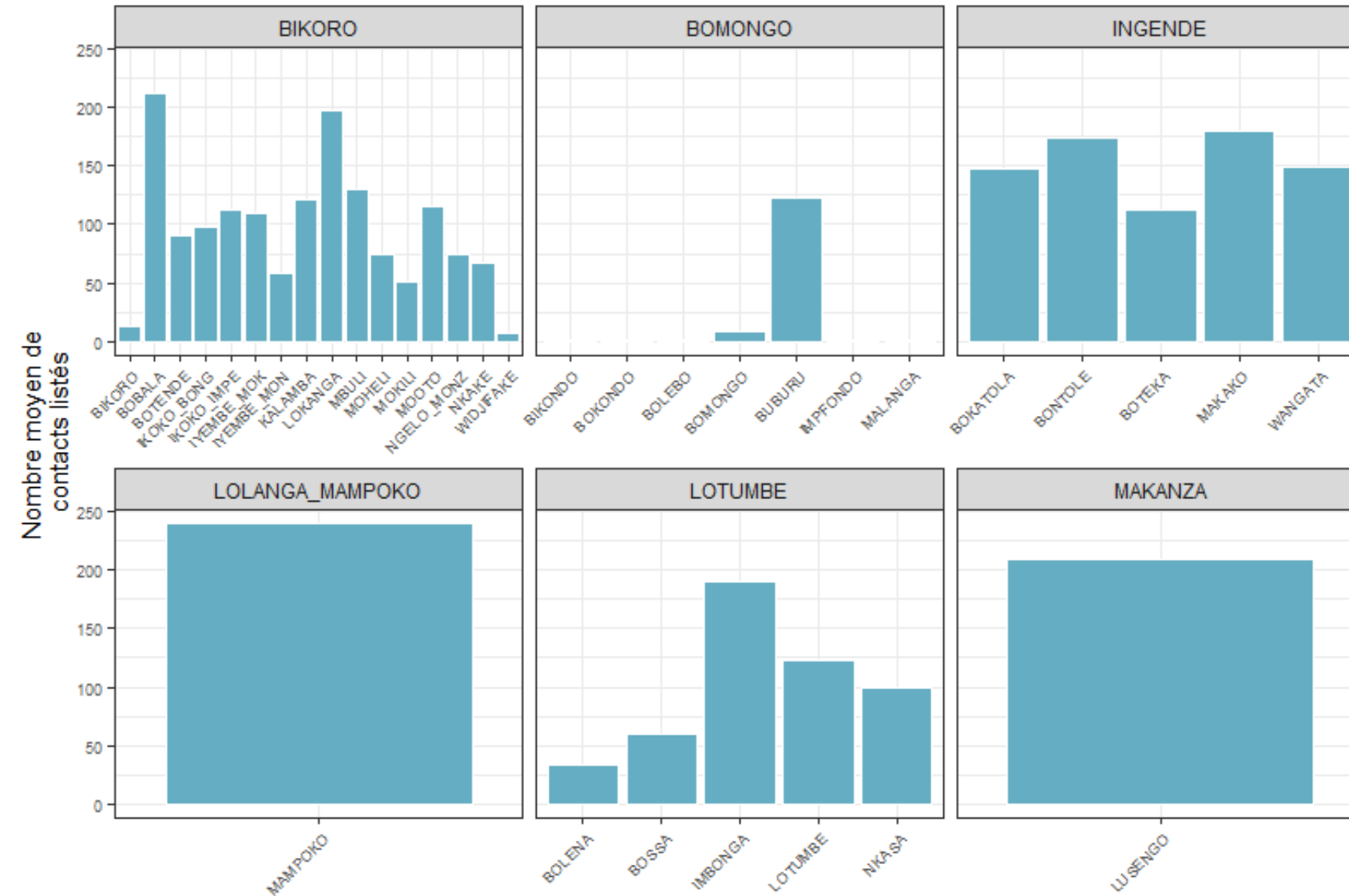
Distribution du nombre moyen de contacts listés par cas pour les différentes zones de santé



- Moyenne de 100 à 200 contacts listés par cas à Lotumbe, Bolenge,, Bomongo et Mbandaka (moyenne proche de ce qui était estimé dans certaines ZS de la 10^e épidémie).
- **Makanza**, foyer encore actif, s'inscrit dans cette fourchette (1 seul cas).
- **Bikoro, Monieka et Bolomba se démarquent avec une moyenne de ≥ 300 .**
 - *Présence de trois outliers: Bikoro (RDCEQT002153 et RDCEQT002117) et Bolomba (RDCEQT003001) avec plus de 1000 contacts listés*
- À Wangata par contre, listage plus faible que dans les autres ZS (~50 contact par cas).
- Données non compilées pour **Iboko**.

LISTAGE DES CONTACTS(2): Nombre moyen de contacts listés par AS

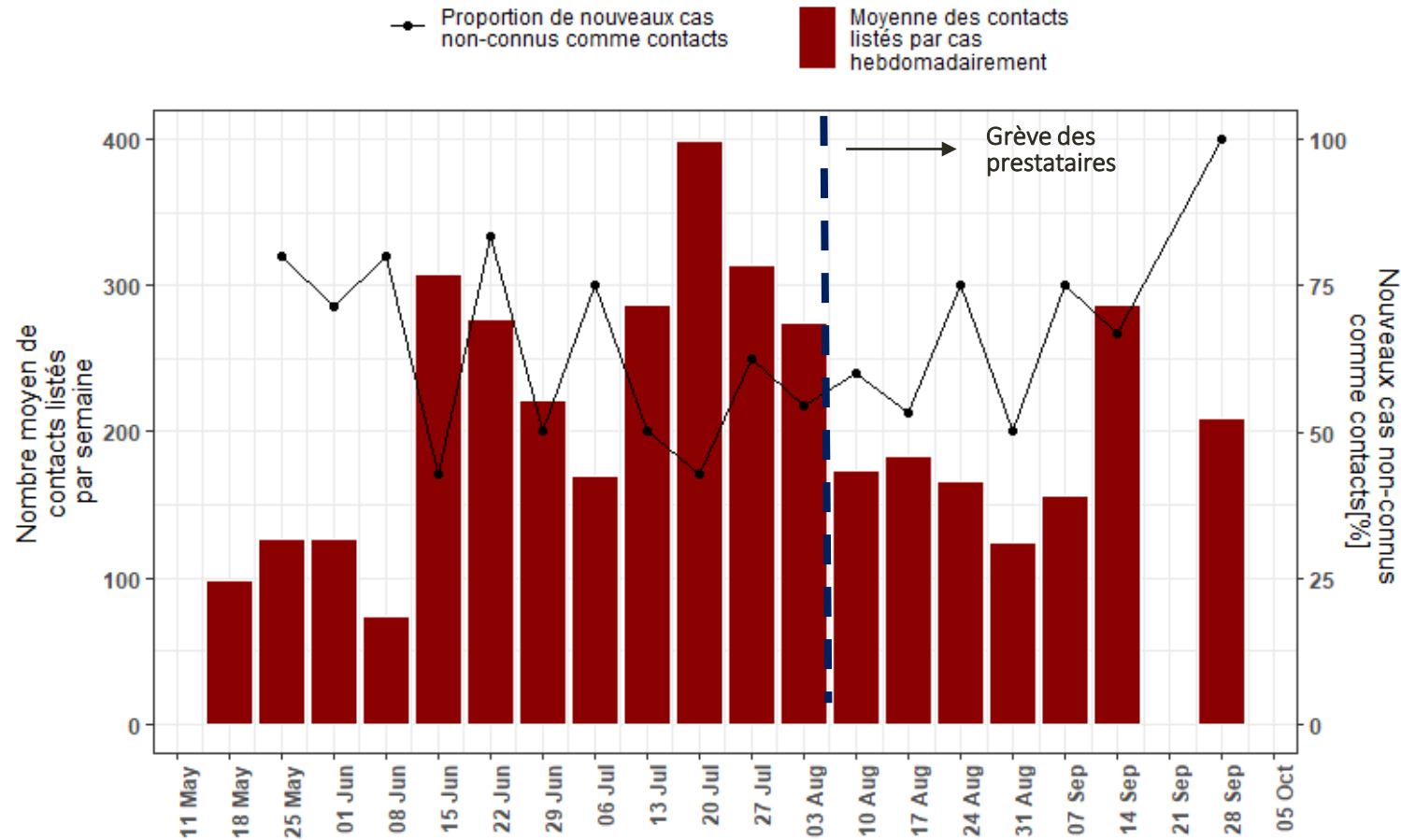
Nombre moyen de contacts listés par cas pour les différentes aires de santé des derniers foyers actifs



- Concentration des contacts dans une AS pour Makanza pour un cas qui « travaillait au niveau des berges avec des clients provenant de plusieurs localités ».
- Listage homogène dans les différentes AS affectées de Ingende (même dans Bontole qui n'a eu qu'un seul cas).

LISTAGE DES CONTACTS(3): Evolution du listage et de l'occurrence des cas non-connus comme contact

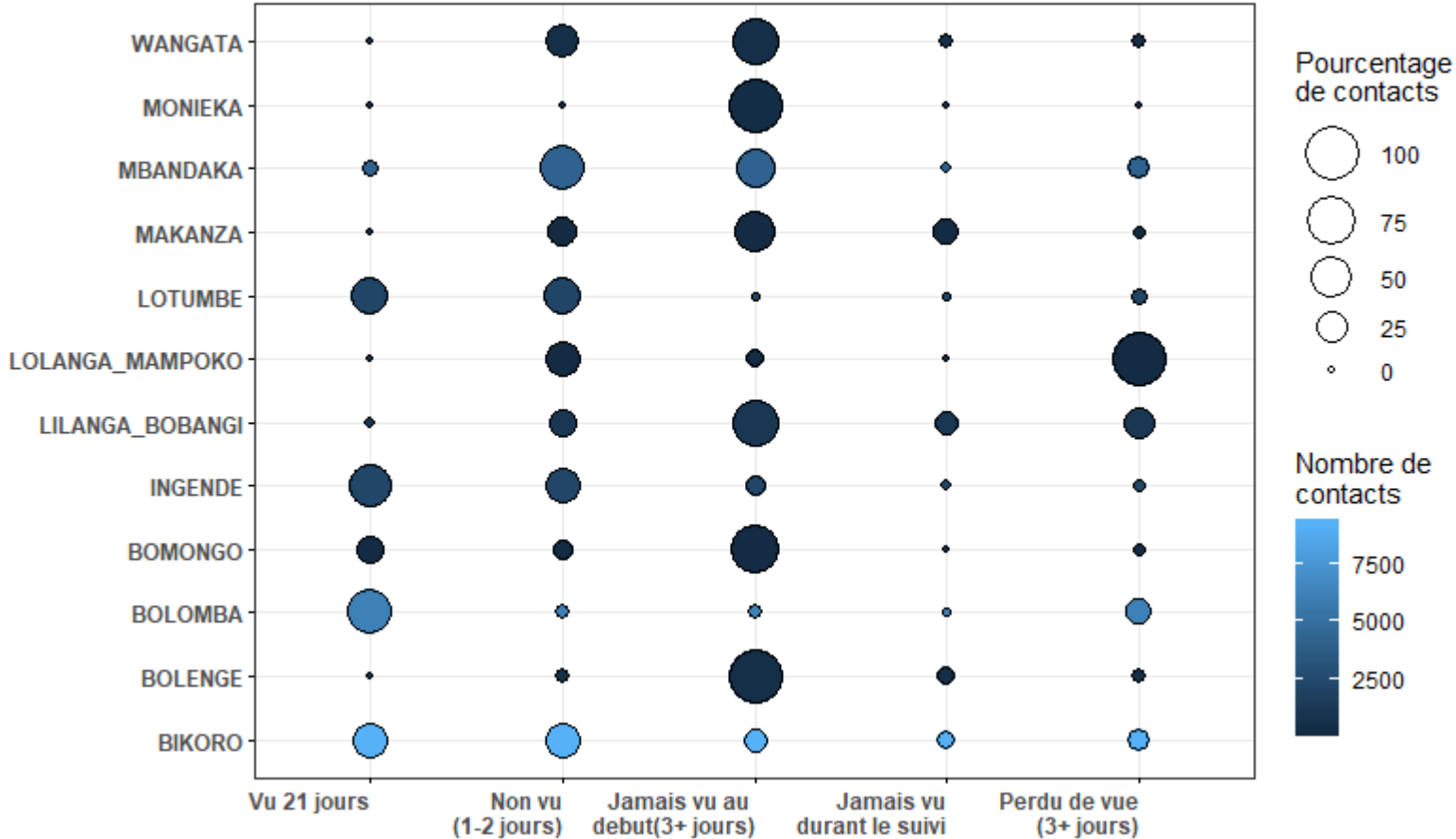
Evolution du listage de contacts et de l'incidence des cas non-connus comme contacts



- Malgré un listage qui a connu quelques hausses, la proportion de nouveau cas non connu comme contact lui n'a jamais été en dessous de 40%.

QUALITE DE SUIVI PAR ZS

Distribution des contacts selon le statut de suivi de contact pendant le suivi dans les principales zones de santé



- Plus de 50% des contacts listés à Bolomba et Ingende ont été vus pendant les 21 jours de suivi. Et entre 30 et 40% à Bikoro et Lotumbe
- Dans la majorité des ZS, plus de 40% des contacts peuvent rater les trois premiers jours du suivi et 15 à 40% des contacts manquent 1 à 2 jours de suivi.
 - C'est le cas avec Makanza qui est la ZS actuellement active où 48% des contacts ont raté les 3 premiers jours de suivi (*délai déploiement équipes*).
- Lilanga Bobangi compte la plus grande proportion (12.7%) de contacts listés qui n'ont pas été suivis tandis qu'à Lolanga Mampoko, presque tous les contacts listés n'ont pas été vus pendant 3 jours successifs à un moment de leur suivi.

POINTS DE DISCUSSIONS

- Même si le listage semble conséquent, la proportion de cas non-connus comme contacts est encore élevée.
- La majorité des contacts devenus des cas confirmés sont des contacts proches socialement du cas source. Liste-t-on au-delà du cercle rapproché?
- À Makanza, le listage est dans la moyenne des autres zones, même si concentrée dans une seule aire de santé.
- 1 contact JMV à Makanza rapporté ayant eu un contact direct avec les sécrétions du cas, toutefois vacciné.
- Pour une zone urbaine, Wangata a eu un nombre moyen de contacts listés par cas faible par rapport aux autres ZS.
- Prêter davantage attention au listage des enfants dans l'éventualité d'un nouveau cas (Mbandaka).
- La qualité de la base de données linéaires reste à améliorer: données de Iboko à inclure, date de vaccination à préciser, date où le contact perdu de vue a été retrouvé...

2) ÉTUDE SCIENCES SOCIALES SUR LISTAGE ET SUIVI

BARRIÈRES ET MOTIVATEURS À LA PARTICIPATION DANS LES INTERVENTIONS CLEFS DE LA RÉPONSE

LE LISTAGE ET LE SUIVI DES CONTACTS

MBANDAKA, BIKORO, INGENDE

CELLULE D'ANALYSE EN SCIENCES SOCIALES (CASS) AVEC LA CELLULE D'ANALYSE

COORDINATION GÉNÉRALE POUR LA RÉPONSE EBOLA EN EQUATEUR

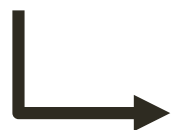
SEPT 2020

1

De comprendre plus en profondeur les facteurs sous-jacents, communs ou récurrents de refus et de participation selon les zones/aires de santé

2

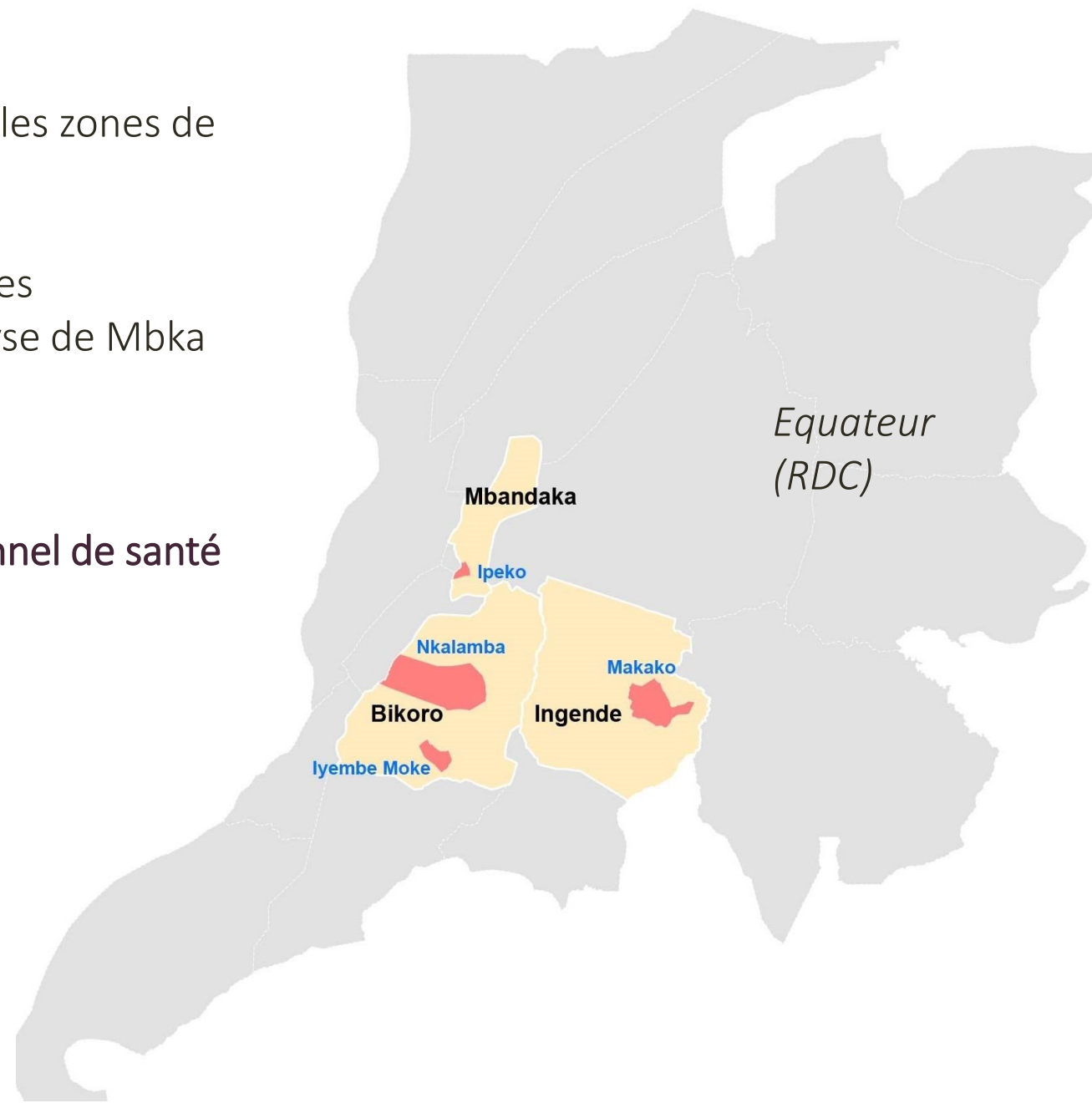
D'identifier des moyens pour atténuer ces barrières et augmenter l'acceptabilité et l'acceptation des interventions.



L'objectif est ainsi de pouvoir adapter les approches de la Réponse dans les secteurs clefs en fonction des résultats, ce qui aura un impact positif sur l'engagement des communautés et la redevabilité de la Réponse.

METHODOLOGIE

- Données collectées dans 4 aires de santé) dans les zones de santé de Mbandaka, Bikoro, Ingende.
- Aires de santé identifiées sur la base des analyses épidémiologiques fournies par la Cellule d'analyse de Mbka
- Collecte entre 16-27 septembre 2020
- 214 membres des communautés, dont le personnel de santé interviewés dans 44 entretiens et 24 FGD.



RÉSULTATS CLEFS

RAISONS PRINCIPALES POUR REFUSER LE LISTAGE ET LE SUIVI

- Doutes sur l'existence réelle de la maladie
- Peur de la stigmatisation
- Peur du vaccin
- Equipes perçues comme étrangères
- Peur d'être transféré au CTE et peur des EDS
- Communication non appropriée (nécessité de donner des explications)
- Retards dans les visites des RECO ou horaires non adaptés (en conflit avec les activités journalières)
- Barrières dans l'accès aux soins (en cas de symptômes lors du suivi)

Ebola est vu comme une invention des autorités sanitaires locales (médecins, infirmiers) et des politiciens pour se faire de l'argent.

Méfiance envers les médecins et politiciens

- Perceptions que les intentions des autorités sanitaires locales et politiciens sont malhonnêtes.
- Complicité perçue avec la Réponse et les acteurs internationaux pour recevoir de l'argent.

Sentiment que les communautés sont exclues

- Les médecins et politiciens sont vus comme seulement intéressés par leur enrichissement personnel.
- Et les membres des communautés considèrent qu'eux ne bénéficient pas ou ne font pas partie de la Réponse.

*« Ce n'est pas Ebola. **Les infirmiers mentent pour gagner l'argent (...)** en donnant les fausses informations aux partenaires pour qu'ils envoient de l'argent »*

- FGD, jeunes hommes, Kalamba/Bikoro

*« Les gens venaient pour prendre mon nom. Je ne le connaissais pas, **ils voulaient prendre mon nom pour en faire quoi ? pour en bénéficier (...)** mais pas pour mon intérêt. »*

- KII, Femme, 35 ans, Ipeko/Mbka

*« Comme il y avait des cas dans notre village, **il fallait nous intégrer dans les activités de réponse mais ils (les médecins) ne pensaient qu'à leurs familles.** »*

- KII, Femme, 48 ans, Kalamba/Bikoro



Les perceptions d'Ebola comme un moyen de gagner de l'argent viennent des sentiments d'exclusion : les deux nourrissent les doutes envers la maladie.

Croyance qu'Ebola est une maladie « traditionnelle »

Les symptômes sont causés par le mauvais sort

- Croyance que seuls les remèdes traditionnels peuvent guérir ce mauvais sort (dans les zones urbaines et rurales)
- Croyance renforcée par les cas de guérison spontanée

« Pour les autres, la MVE c'est un mauvais sort que les féticheurs jettent aux gens. Ce mauvais sort se manifeste par (...) la personne qui vomit du sang. Cette maladie s'appelle ISASI et (...guérit) sans aller CTE »

- FGD, Jeunes hommes, Kalamba/Bikoro

Des symptômes communs

- Les signes d'Ebola sont similaires à ceux de maladies qui sont connues par les communautés depuis longtemps
- Perception d'une disproportion pour répondre à ces maladies communes

*« Les gens ne veulent plus de listage à cause des rumeurs qui circulent que Ebola n'existe pas. **Ce sont les maladies communautaires auxquelles sommes habitués**, comme la diarrhée, la fièvre, les vomissements, les douleurs des muscle et du ventre, les maux de tête. **Comment aujourd'hui ces maladies deviennent Ebola ?** »*

- FGD, Hommes, Kalamba/Bikoro



Comment sont expliqués les symptômes ? En reconnaissant qu'ils ressemblent à ceux d'autres maladies ?

Expérience individuelle et communautaire d'une faible contagion et faible mortalité

Faible transmission

- Expérience de contacts à haut-risque qui ne sont pas infectés

« A quoi bon se faire lister (...), la MVE n'existe pas. D'ailleurs mon mari qui avait creusé la tombe (d'un cas confirmé) regarde, il est là. Nous sommes tous en bonne santé »

- KII, Femme, 50 ans, Kalamba/Bikoro

Faible mortalité

- Comparaison avec l'épidémie de 2018

« (...) En 2018 à Bikoro, nous avons fui parce que qu'Ebola n'avait pas blagué et c'était terrible. Comment expliquer maintenant que dans un village, Ebola puisse tuer seulement deux personnes ? »

- KII, Femme, 30 ans, Kalamba/Bikoro

Ebola est présentée comme une maladie mortelle et très contagieuse.

Les interventions de réponse et les messages renforcent aussi cette impression.

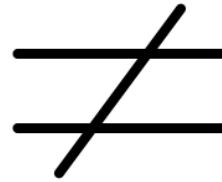
Un manque de nuances pour expliquer la transmission et les risques nourrit la défiance et les doutes.

LE RÔLE DE LA PROXIMITÉ DANS LA DÉCISION D'ACCEPTER OU DE REFUSER

Voir des cas confirmés et des décès est un déterminant clef qui permet d'expliquer l'adhésion et le refus.

Proximité = meilleure acceptation

- Acceptation de la réalité de la maladie
- Acceptation des interventions de la Réponse
- *Exemple : dans le village d'Iyembe Moke, tous les villageois ont accepté le listage et le suivi après le décès de 5 individus dans leur communauté.*



Pas de proximité

Lorsque les individus et les communautés n'ont pas eu l'expérience (n'ont pas vu) la maladie :

- Plus grande défiance dans la maladie
- Plus de refus des interventions



*Pas besoin d'interventions intrusives pour identifier les contacts -
Laisser les communautés et les individus venir vers la Réponse*



*Des interventions intrusives pour identifier les contacts nourrissent l'idée que « tout est Ebola »
= cercle vicieux de défiance*

Peur de la stigmatisation par l'entourage lors du suivi des contacts

- Le risque de stigmatisation vient des visites journalières des RECO dans les maisons des contacts – cela attire l'attention sur la maison et la famille.
- Cela est pire lorsque **les visites de suivi se font en voiture**.
- Peur d'être associé avec des cas confirmés ou d'être vu comme ayant Ebola (perçu comme **honteux**).

« Les gens qui font le suivi ne viennent pas à pied, toujours par des véhicules. C'est vraiment embêtant. Tout le monde va savoir que tu étais près des gens qui avaient Ebola. Ça stigmatise dans le quartier. »

- KII, Femme, 52 ans, Ipeko/Mbka

« Si on sait que vous étiez listé, les uns vont dire que vous êtes contaminés et que vous allez mourir. Les autres vont commencer à mal parler de lui (...). »

- FGD, Hommes, Iyembe Moke/Bikoro



Quelles approches peuvent-être adoptées par les équipes de surveillance pour réduire ce risque de stigmatisation ? Les équipes de suivi des contacts discutent-elles de ce sujet avec les familles des contacts ?

POINTS CLEFS :

- On note un **manque de nuances** dans la communication sur Ebola.
 - **Les communautés voient les caractéristiques « atypiques » de cette épidémie** : faible mortalité, faible transmission
 - Pourtant, les interventions de réponse restent identiques, non-adaptées au contexte, avec une communication générique.
- Les interventions de réponse sont-elles adaptées en fonction de ces éléments ?

« (Il manque) une communication appropriée. Ici, nous avons vu seulement les gens passer sur des motos avec des mégaphones pour crier au nom d'Ebola et le lavage des mains. »

- FGD, Jeunes hommes, Ipeko/Mbka

RECOMMANDATIONS DE LA CASS

- 1) **Réduire la visibilité des équipes** : ne pas utiliser de voitures, ou alors laisser les véhicules à distance – avant d’entrer dans les villages
- 2) Consulter les contacts pour **déterminer avec eux comment minimiser le risque de stigmatisation**
- 3) **Adapter les interventions et les protocoles aux caractéristiques de l’épidémie et au contexte** : éviter de recourir à la contrainte contre les individus pour leur faire suivre des interventions (prélèvement, isolement, etc.).
- 4) Adapter la communication aux caractéristiques de l’épidémie : pour **toutes les équipes qui sont en contact avec les communautés** (pas seulement CREC – les équipes de surveillance sont aussi en contact direct avec les individus).

RECOMMANDATIONS CODÉVELOPPÉES

- Les recommandations avec les acteurs et partenaires concernés sont en cours de codéveloppement sur place.
- Les recommandations issues de cette étude et des autres travaux de la CASS en Equateur sont compilées en ligne dans l'outil MONITO ([accessible ici](#)).

DRAFT

QUESTIONS?

MERCI

Les analyses complètes seront disponibles prochainement



Ressources et études disponibles en ligne :

Google drive Ebola ([lien](#))

Google drive CASS (global) ([lien](#))

Contacts :

Dr Dorothee Bulemfu, Surveillance, MSP dobulemfu@gmail.com

Aminata Ndiaye, analyste, OMS ndiay.ami@outlook.com

Pia Huq, CASS phuq@unicef.org

Simone Carter, CASS scarter@unicef.org