

Élaboration d'un programme d'agents de santé communautaires durant la flambée épidémique du virus Ébola en Sierra Leone



Trois survivants du virus Ébola formés en tant que BRU, connus sous le nom d'aidants, en milieu hospitalier, informés des pratiques de prévention et contrôle des infections (PCI) par des médecins au Maforki ETU dans la ville de Port Loko.
PHOTO: CORA NALLY

Cette étude de cas SSHAP examine la mise en œuvre efficace d'un programme d'agents de santé communautaires (ASC) durant l'épidémie de maladie à virus Ébola (MVE) dans le cadre d'un système de santé effondré dans le district de Port Loko, en Sierra Leone. La peur, la désinformation, et la méfiance ont engendré la nécessité d'une riposte à base communautaire globale pour soutenir le dépistage efficace de la maladie et l'orientation vers des centres de traitement d'Ébola. Partners in Health (PIH), une organisation de soins de santé non gouvernemental (ONG) fondée aux États-Unis, a mis en œuvre un programme ASC ayant contribué à fournir des prestations de système de santé et les connexions nécessaires pour lutter contre le virus Ébola à 250 000 personnes touchées par le virus Ébola dans le district de Port Loko.

Le défi : Manque de confiance en et de références vers les soins de santé biomédicaux

En janvier 2015, l'épidémie de virus Ébola était à son apogée dans le district de Port Loko en Sierra Leone.

La peur, la panique, et la méfiance vis-à-vis des partenaires de la riposte ont engendré un effondrement complet du système de santé. Dans une tentative désespérée de freiner la propagation de la maladie, l'armée britannique avait établi un centre de commandement du district (CCD) dans l'enceinte des bureaux du ministère de la Santé dans la ville de Port Loko et dirigeait la coordination de toutes les ONG et

« Les ASC ont été sélectionnés et surveillés par leurs communautés, et devaient être instruits et considérés comme des « dirigeants communautaires ». »

des trois centres de traitement d'Ébola (CTE). Une évaluation des besoins communautaires parmi les communautés affectées par le virus Ébola réalisée par les PIH a révélé que l'installation de CTE n'était pas suffisante. Une aide supplémentaire était nécessaire afin de garantir que l'on fait les références et que les populations

aient suffisamment confiance pour se rendre aux rendez-vous une fois référés.

Principales conclusions d'une évaluation initiale des besoins communautaires

Le personnel de PIH a réalisé une évaluation initiale de la riposte contre le virus Ébola parmi les communautés affectées en utilisant des méthodes de recherche qualitative, y compris des entretiens avec les intervenants et une évaluation des mécanismes de riposte et des partenaires. Cette évaluation initiale était nécessaire pour comprendre le contexte opérationnel, et a permis d'identifier les lacunes suivantes au sein des mécanismes de riposte.

Défis inhérents à la recherche active des cas :

L'évaluation a révélé que les agents humanitaires pénétraient au sein des communautés en utilisant un modèle de déferlement, dans le cadre duquel 20-30 agents montaient à bord d'un bus à destination du centre de la communauté, et qu'après être descendus du bus, ils « déferlaient » au sein de la communauté, en fournissant des informations concernant les signes

et les symptômes du virus Ébola, et en expliquant comment appeler une ambulance.

En parallèle, les ONG et les partenaires gouvernementaux ont indiqué que personne ne cherchait spécifiquement des personnes malades ni ne procédait à des enquêtes ou des contrôles systématiques au sein des communautés et des familles pour détecter les symptômes du virus Ébola.

Peur signalée vis-à-vis du traitement : La peur vis-à-vis de la riposte contre le virus Ébola, générée par une association de différents historiques, de manque d'informations, et de désinformation, a incité les populations affectées à s'enfuir au lieu d'avoir recours aux services de santé, ce qui a contribué à propager la maladie. Les raisons suivantes ont été présentées par les communautés durant l'évaluation : crainte de ce qui est susceptible de survenir au sein des CTE ; informations limitées concernant les stratégies thérapeutiques ; et crainte vis-à-vis des quarantaines imposées par l'armée dans le cadre desquelles la disponibilité de nourriture, d'eau, et d'électricité était limitée. Tous ces éléments ont contribué à une souffrance et à une colère inutiles à l'égard des mesures de riposte, qui n'ont pas toujours été entièrement comprises.

Méfiance à l'égard des informations relatives au virus Ébola et à sa prévention : La désinformation était omniprésente et a généré de nombreuses craintes, ainsi qu'une perte de confiance dans les mécanismes de riposte contre le virus Ébola. Une croyance particulièrement répandue était que le virus Ébola avait été « inventé par les étrangers » et que « vous l'attraperez si vous allez à l'hôpital ». Une autre croyance était que les ONG qui luttent contre la maladie « contribuaient en réalité à sa propagation ». Cette désinformation a contribué à exacerber la crainte à l'égard du personnel soignant, et à retarder le signalement de cas et l'accès aux soins de première nécessité.

Stigmatisation et absence de plan de réintégration :

Lorsque les survivants ou les personnes ayant subi un test de dépistage du virus Ébola (indépendamment du fait que le résultat ait été positif ou négatif) ont réintégré leur communautés, ils ont souvent été ostracisés et victimes de discrimination. Par exemple, les personnes qui avaient survécu au virus ont été blâmées pour celles qui étaient décédées, et ont souvent été évitées par crainte de contamination.

Conception du programme : Petits groupes d'ASC pour améliorer la surveillance, les soins, et l'aide psychosociale

Afin de combler les lacunes identifiées, un programme a été créé dans le district de Port Loko avec un total de 656 ASC récemment recrutés et a été mis en œuvre entre janvier et juillet 2015. Il a été déployé dans trois des chefferies (unités administratives de troisième niveau en Sierra Leone) au sein desquelles l'incidence de la maladie était la plus élevée : Port Loko, Kafu Bullum, et Maforki. Les ASC ont été sélectionnés et surveillés par leurs communautés, et devaient être instruits et considérés comme des « dirigeants communautaires ». PIH payait aux ASC un salaire

mensuel et tous les bénévoles ont reçu une formation de trois jours ainsi qu'une formation spécialisée supplémentaire en fonction de leurs rôles, tel qu'il est détaillé ci-dessous.

Bénévoles de riposte d'urgence (BRU) : 519 BRU ont été engagés en tant que « chercheurs actives de cas » et ont livré des messages sanitaires fondés sur des données probantes au sein de leurs propres communautés. Au quotidien, ils faisaient du porte-à-porte pour identifier les personnes malades au sein de la

communauté et fournissaient des messages sanitaires de soutien aux familles. Les BRU s'entretenaient avec environ 17 000 personnes chaque semaine dans le cadre de leurs activités habituelles.

BRU en milieu hospitalier désignés sous le nom d' « soignants » au sein des CTE : 19 BRU en milieu hospitalier ont fourni un soutien psychosociale aux patients au sein des CTE et ont agi en tant que liens de communication avec le village et les familles. Leur rôle consistait à prodiguer des soins d'ordre pratique, comme par exemple fournir aux patients de l'eau sur demande, et également offrir un soutien psychologique, comme des conversations ou des prières réconfortantes.

BRU de soutien psychosociale : 118 BRU de soutien psychosociale ont fourni un soutien émotionnel

et social au sein de leurs communautés ; plus précisément, en organisant la communauté afin de soutenir les familles placées en quarantaine, en aidant les survivants du virus Ébola à se réintégrer, et en maintenant les familles informées de l'état de santé de proches ayant été testés positifs au virus Ébola et ayant été placés dans une CTE.

Coordinateurs de programme : Des coordinateurs de programme ont effectué des visites hebdomadaires aux chefferies du programme pour rencontrer leurs ASC afin de collecter des données, de fournir une formation continue, et de résoudre les questions liées au programme et à l'épidémie survenus au sein des communautés.

Collecteurs de données : Quatre collecteurs de données ont saisi manuellement les données recueillies par les bénévoles à l'aide d'une méthode randomisée contrôlée. Dans la mesure où les données ont été recueillies auprès de plus de 17 000 personnes chaque jour, il était impossible de saisir toutes les données collectées. Pour remédier à cela, un programme randomisé a identifié les pages qui devaient être saisies dans la base de données.

Enseignements tirés

Le programme ASC a fourni les enseignements suivants :

- Le soutien communautaire, y compris le soutien apporté par les dirigeants locaux, est essentiel pour assurer la confiance dans les ASC. Cela peut être réalisé en obtenant l'approbation des dirigeants communautaires et gouvernementaux au début du processus et en permettant aux communautés de sélectionner les ASC.
- Une communication continue, avec des mécanismes de retour intégrés assurant le suivi des performances et des améliorations, a contribué à la création d'un programme flexible et dynamique doté de la capacité à s'adapter rapidement à l'évolution de l'épidémie. Ceci a été réalisé en utilisant une structure de gestion qui a favorisé la circulation des informations vers le haut et vers le bas. Des réunions hebdomadaires ont été organisées avec les responsables ASC sur le terrain, au cours desquelles les problèmes inhérents à la mise en œuvre étaient discutés et résolus, des données étaient collectées, et des messages sanitaires destinés à

« Une communication continue, avec des mécanismes de retour intégrés assurant le suivi des performances et des améliorations, a contribué à la création d'un programme flexible et dynamique doté de la capacité à s'adapter rapidement à l'évolution de l'épidémie. »

la semaine suivante étaient partagés. Les responsables étaient ensuite chargés de transmettre ces informations à leurs ASC et les coordinateurs rentraient au siège avec des informations qui étaient utilisées pour éclairer les décisions relatives au programme pour la semaine suivante.

- Le salaire équitable accordé aux ASC a contribué au fait qu'ils prennent leurs

responsabilités très au sérieux et qu'ils comblent même parfois d'autres lacunes du système de santé générées par l'épidémie. Par exemple, une sage-femme qui faisait partie du programme a commencé à rendre visite à toutes les femmes enceintes au sein de sa circonscription pendant son temps libre, car il n'y avait aucune clinique qui fournissait des soins prénataux.

Lectures complémentaires

Cancedda, C. et al. (2016) '[Strengthening Health Systems While Responding to a Health Crisis: Lessons Learned by a Nongovernmental Organization During the Ebola Virus Disease Epidemic in Sierra Leone](#)', *Journal of Infectious Diseases* 214.suppl.3: S153–63

Commission on a Global Health Risk Framework for the Future and National Academy of Medicine (2016) *The Neglected Dimension of Global Security: A Framework to Counter Infectious Disease Crises*, Washington DC: National Academies Press

Dynes, M.M. et al. (2015) '[Perceptions of the Risk for Ebola and Health Facility Use Among Health Workers and Pregnant and Lactating Women – Kenema District, Sierra Leone, September 2014](#)', *Morbidity and Mortality Weekly Report (MMWR)* 63.51: 1226–27

Mentions

Cette étude de cas SSHAP a été élaborée par **Cora Nally**, Epione Consulting, avec l'assistance de **Mary B. Adam**, Kijabe Maternal Newborn Community Health, et **Patrick Van de Voorde**, de l'hôpital universitaire de Gand, Belgique

Référence : Nally, C.; Adam, M.B. and Van de Voorde, P. (2020) *Élaboration d'un programme d'agents de santé communautaires durant la flambée épidémique du virus Ébola en Sierra Leone*, Étude de cas SSHAP Numéro 6, UNICEF, IDS et Anthrologica.

Ce document a été financé par l'UNICEF et le bureau de l'agence des États-Unis pour le développement international (USAID) du bureau des États-Unis pour l'assistance à l'étranger en cas de catastrophes naturelles (OFDA). Toutefois, les opinions exprimées ci-après sont celles de l'(des) auteur(s) et ne reflètent pas nécessairement celles de l' USAID, de l' OFDA, ou des partenaires de la plateforme Social Science for Humanitarian Action (SSHAP).



Ceci est un document en libre accès distribué selon les modalités de la version 4.0 de la licence internationale Creative Commons Attribution (CC BY), qui autorise l'utilisation, la distribution et la reproduction sans restriction sur tout support, à condition que les auteurs d'origine et la source soient crédités et que toute modification ou adaptation soit indiquée. <https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/legalcode.fr>.

© SSHAP 2020

Nous connaître

L'objectif de la plateforme Social Science in Humanitarian Action (SSHAP) est d'établir des réseaux de spécialistes en sciences sociales possédant une expertise régionale et les connaissances nécessaires pour fournir rapidement des renseignements, des analyses et des conseils adaptés à la demande et sous des formes accessibles, afin de mieux concevoir et mettre en œuvre des interventions d'urgence. La SSHAP est un partenariat entre l'Institute of Development Studies (IDS), la London School of Hygiene and Tropical Medicine (LSHTM), Anthrologica et le programme Communication for Development (C4D) de l'UNICEF.



Social Science in Humanitarian Action

E info@socialscienceinaction.org W www.socialscienceinaction.org



Cette étude de cas fait partie d'un portefeuille inhérent aux enseignements tirés des épidémies en matière de sciences sociales et a reçu le soutien du bureau des États-Unis pour l'assistance à l'étranger en cas de catastrophes naturelles (OFDA) et de l'UNICEF.