



Stratégie Nationale de Communication

pour le Changement Social et Comportemental (CCSC)
pour la réponse à la maladie à virus Ebola (MVE)

Ce document sur la Stratégie Nationale de Communication pour le Changement Social et Comportemental (CCSC) a été élaboré en Mars 2016 en vue de mettre en place un cadre de coordination pour la Communication pour un changement social et de comportement pour la prévention de la MVE, la préparation de la riposte et la prise en charge des personnes malades d'Ebola en Côte d'Ivoire. Il a été diffusé grâce au projet CCP/HC3 en Côte d'Ivoire, financé par l'Agence des Etats-Unis pour le développement International (USAID).

Les opinions exprimées dans ce document sont celles de l'éditeur et ne reflètent pas nécessairement les vues de l'USAID ou du Gouvernement Américain.

REMERCIEMENTS

Le Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique à travers l'Institut Nationale d'Hygiène Publique (INHP) et la Direction de l'Hygiène Publique et de la Santé – Environnement (DHPSE) et le Centre d'Information et de Communication Gouvernementale (CICG) remercient :

L'agence des Etats-Unis pour le développement International (USAID) pour son soutien financier indispensable à la réalisation de ce guide

La sous - commission communication du Comité Nationale de Lutte contre la Maladie à Virus Ebola en Côte d'Ivoire pour son engagement à la lutte contre les maladies épidémiologiques en Côte d'Ivoire

Le Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF) pour sa contribution technique et financière

Le Centre des Programmes de Communication (CCP) projet HC3-CI pour son engagement à la mise en œuvre de Stratégies de Communication pour le Changement Social et de Comportement en Côte d'Ivoire

Tous les partenaires et ONG pour leur engagement et contribution à la réalisation du document de la Stratégie Nationale

Toutes les personnes ayant contribué de près ou de loin à la réalisation de ce document.

Sommaire

- 3** Préface
- 4** Liste des abréviations
- 5** Résumé

- 7** **CONTEXTE, ETAT DES LIEUX ET ANALYSE DE LA SITUATION**
- 7** Contexte
- 8** Etat des lieux
- 8** Analyse de la situation
 - Situation épidémiologique
 - Situation comportementale
 - Réponse nationale
 - Problématique

- 12** **ORIENTATION STRATEGIQUE**
- 12** Axes stratégiques
 - Axe 1 : Utilisation des phases de l'épidémie
 - Axe 2 : Utilisation de la stratégie pour toute autre maladie à caractère épidémique
 - Axe 3 : Approche multisectorielle et inclusive
- 13** Modèle théorique utilisé pour développer la stratégie

- 15** **CADRE CONCEPTUEL DE LA STRATEGIE**
- 15** But et objectifs de la stratégie
- 15** Approche stratégique
 - Piliers de la communication
 - Approche stratégique par phase de l'épidémie

- 19** **REPONSE PAR PILIER DE COMMUNICATION ET PAR NIVEAU D'ALERTE**
- 19** Coordination intersectorielle et interinstitutionnelle
 - VERT : Situation normale
 - ORANGE : Alerte
 - ROUGE : Crise
- 20** Communication de Crise
 - VERT : Situation normale
 - ORANGE : Alerte
 - ROUGE : Crise
- 21** Communication pour le changement social et comportemental
 - VERT : Situation normale
 - ORANGE : Alerte
 - ROUGE : Crise

- 31** ANNEXE 1 : Processus P
- 32** ANNEXE 2 : Base de données pour la CCSC

Préface

Le 29 mars 2016, l'OMS a déclaré la levée de l'urgence de santé publique de portée internationale. La maladie a sévi plus d'un an en Afrique de l'Ouest, et plus particulièrement en Guinée, en Sierra Leone et au Liberia. Au 04 mai 2016, L'Organisation Mondiale de la Santé- OMS a notifié 28 642 cas avec 11 324 décès soit un taux de létalité de 39,5%.

Toutefois, selon un adage, la confiance n'exclut pas le contrôle d'où l'opportunité du maintien de la vigilance tant à l'échelle individuelle que collective. Pour ce faire, le sous-comité Communication du Comité National de Lutte contre la maladie à virus Ebola a élaboré une stratégie nationale de Communication pour le changement social et comportemental (CCSC) pour la réponse à la Maladie à virus Ebola (MVE) parce que, la fin de la maladie n'exclut en rien sa résurgence, mais convaincu qu'il convient de maintenir les campagnes de sensibilisation pour contribuer durablement à défaut d'annihiler la résurgence de cette maladie, à en réduire l'impact en cas de résurgence.

Ainsi, des gestes simples peuvent sauver des vies et l'observance des règles pour se protéger de la maladie à virus Ebola est un gage sûr de son non-retour.

Cette stratégie ne se présente pas comme une panacée, elle ne prétend pas, de façon exhaustive, avoir dégagé toutes les pistes de solutions pour se prémunir de la maladie à virus Ebola, mais elle peut constituer une riposte efficace et durable pour garder la Côte d'Ivoire hors de portée du virus Ebola.

Cette stratégie aborde le contexte, l'état des lieux et l'analyse de la situation. En plus d'orienter et de définir un cadre conceptuel pour la cible, elle donne une réponse par pilier de communication et par niveau d'alerte.

Liste des Abréviations

- C4D** : Communication pour le Développement
- CAP** : Connaissances, Attitudes et Pratiques
- CCP** : Centre des Programmes de Communication de l'Université Johns Hopkins
- CCSC** : Communication pour le Changement Social et Comportemental
- CICG** : Centre d'informations et de Communication Gouvernemental
- COU** : Centre des Opérations d'Urgence
- CTE** : Centre de Traitement de la Maladie à Virus Ebola
- HC3** : Projet de Collaboration en matière de Capacités de Communication pour la Santé
- IDE** : Infirmier Diplômé d'Etat
- INSP** : Institut National de Santé Publique
- MVE** : Maladie à Virus Ebola
- OMS** : Organisation Mondiale de la Santé
- SIMR** : Surveillance Intégrée de la Maladie et de Réponse
- UNICEF** : Fonds des Nations Unies pour l'Enfance

POURQUOI UNE STRATEGIE ?

Bien que la fin de l'épidémie de l'Ebola ait été déclarée vers la fin de 2015 dans les trois pays plus affectés, des résurgences ont eu lieu en Sierra Leone et en Guinée dans le premier trimestre de 2016, et l'OMS avoue qu'il faut s'attendre à d'autres résurgences de la maladie. Cette stratégie permettra aux acteurs en Côte d'Ivoire de gérer, d'une façon systématique, les genres de communication qui seront nécessaires pour la riposte face à l'éventualité de la survenue d'une épidémie à virus Ebola ou de toute autre maladie à potentiel épidémique.

Il existe depuis 2001 en Côte d'Ivoire un système de Surveillance Intégrée de la Maladie et de Réponse (SIMR) qui dispose d'un comité intersectoriel de coordination et de gestion des épidémies, ravivé en mars 2014 à l'avènement de la MVE. Des plans d'urgence pour la prévention et la gestion des épidémies existent et ont permis de gérer des épidémies telles que la grippe aviaire, le choléra, la méningite, etc. Malgré ce dispositif structurel à consolider, force est de reconnaître qu'il existe des besoins à combler en termes de communication, c'est-à-dire, l'élaboration d'une approche favorisant le dialogue communautaire pour juguler toute situation de crise, sur la base des leçons apprises en lien avec les valeurs et les barrières culturelles et sociales observées au sein des différentes communautés.

Plusieurs résultats d'études et de recherches sont disponibles et nous donnent la situation sur le niveau de connaissance, les attitudes, les pratiques et croyances des populations. Il en ressort que, de façon générale, un bon niveau de connaissance de la MVE tant dans les communautés que chez les professionnels de santé, et que les modes de transmission et les dispositions préventives de l'Ebola sont assez bien connues. De façon globale, sur le plan comportemental, il a été noté des variations sensibles dans les pratiques entre la première période de la crise, qui a donné lieu à des sentiments de crainte/peur, psychose, inquiétude, désespoir, panique, etc. avec la diffusion d'informations erronées et de rumeurs, et la seconde période qui s'apparente au soulagement et au relâchement en matière de respect des mesures préventives.

Pour répondre à la problématique qui se dégage de l'analyse de la situation, la stratégie de communication est bâtie autour de trois axes qui définissent les orientations d'intervention, d'utilisation et de mise en œuvre :

- **Axe 1** : Utilisation des phases de l'épidémie, permet aux acteurs de moduler les interventions, les messages selon la phase (vert : situation normale ; orange : alerte ; et rouge : crise), avec des changements de contenu et de ton.
- **Axe 2** : Utilisation de la stratégie pour toute autre maladie à potentiel épidémique. En partant des leçons apprises, il ressort le besoin de renforcer la systématisation de la gestion des crises et le renforcement/mise en place de mécanismes adaptables à toutes les menaces.
- **Axe 3** : Approche multisectorielle et inclusive. Selon les leçons apprises dans les pays voisins, la communication joue un rôle transversal, donc la stratégie de communication offre à tous les acteurs un outil de référence pour une action coordonnée et efficiente.

Modèle théorique : Cette stratégie est bâtie en se référant au cadre conceptuel sur Ebola développé par HC3. Il est utilisé dans le cadre de la Communication pour le Développement (C4D). Il s'adresse à l'individu, aux réseaux sociaux, à la communauté et à la société ainsi qu'aux décideurs. Pour faciliter le changement à chaque niveau, ce modèle cherche à vaincre les obstacles qui sont des facteurs ou déterminants du comportement.

But de la stratégie : Le but de cette stratégie est de contribuer à la prévention, à la réduction de la morbidité et de la létalité dues à la MVE et aux autres maladies à potentiel épidémique.

Objectif général : Créer un environnement favorable à un changement de comportement à tous les niveaux (individu, famille, communauté, national) pour la prévention de la MVE et la prise en charge des personnes malades d'Ebola en Côte d'Ivoire à tous les niveaux de la famille, de la communauté y compris le niveau national. Cet environnement favorable sert à amener le gouvernement, le système de santé et la population à pratiquer des comportements adéquats en fonction des phases de l'épidémie visant à prévenir une épidémie à virus Ebola et si d'aventure elle se produit, à minimiser son impact.

Objectifs spécifiques :

- Mettre à la disposition de la CI un document de stratégie de communication consensuel pour tous les acteurs dans le cadre de la préparation à la réponse à la MVE et aux autres maladies à potentiel épidémique.

- Définir les principes de communication de crise à respecter par tous les acteurs en ce qui concerne la riposte à la MVE et toute autre maladie à caractère épidémique.
- Mettre en place un système exploitable par les acteurs-clés pour la diffusion d'informations actualisées auprès du public-cible « feedback loop » dans le cadre de la riposte à la MVE et toute autre maladie à caractère épidémique.

Piliers de la communication : Cette stratégie repose sur une approche basée sur trois piliers de la communication à mettre en œuvre selon les phases épidémiologiques et les trois niveaux d'alerte décrits ci-dessus. Il s'agit de la communication de crise, la coordination interinstitutionnelle et intersectorielle, et la communication pour le changement social et comportemental.

En ce qui concerne la Communication Sociale pour le Changement de Comportement (CSCC), il s'agit de tenir compte des trois composantes de la CCSC selon les niveaux d'alerte définis et les symboles y afférent. Il s'agit de prendre en compte les comportements souhaités/attendus des différentes cibles pendant ces différents moments identifiés, et selon quatre thèmes comportementaux qui ont été définis : les pratiques de manipulation des cadavres lors des rites funéraires; le contact avec les animaux de brousse, et le lavage des mains, et le contact avec les personnes suspectées d'être infectées par la MVE.

Cette stratégie décrite, selon les thèmes et les phases de l'épidémie, les cibles primaires et secondaires, les objectifs de communication, et les éléments du message (faits essentiels, actions, bénéfiques). Une annexe propose des tableaux, selon les thèmes et les phases de l'épidémie, les comportements souhaités, les barrières au changement, les facteurs favorisant, et les objectifs de communication.

Une évaluation conduite au mois de mai 2015 sur l'état de préparation institutionnelle en matière de Communication Sociale pour le Changement de Comportement (CSCC), les stratégies et la mise en œuvre dans la lutte contre la maladie à virus Ebola en Côte d'Ivoire, a fait ressortir comme un consensus, une idée largement répandue parmi les répondants, selon laquelle la « crise » de la Maladie à Virus Ebola en Côte d'Ivoire aurait atteint une nouvelle phase qui requiert une réévaluation de la communication actuelle et des

stratégies de mobilisation d'ordre social, y compris les contenus des messages. La transition d'une crise visiblement grave, avec une plus grande perception des risques, à une période durable de communication de prévention et de mobilisation sociale représente une opportunité d'examiner et de répertorier les meilleures pratiques, les succès, les défis et les leçons apprises avec pour objectif d'élaborer une stratégie de prévention à long terme qui dépasse les approches de recours à la peur comme motivation et intègre d'autres méthodes scientifiques durables basées sur la CSCC.

Les acteurs locaux et régionaux qui interviennent dans la communication et la mobilisation sociale de la riposte au virus Ebola en Côte d'Ivoire se tournent vers les autorités centrales dont ils attendent qu'elles prennent l'initiative et donnent les orientations à suivre. Ainsi, un atelier rassemblant la majorité des parties prenantes de la lutte contre la Maladie à Virus Ebola a été organisé au mois de octobre 2015 pour le développement du plan stratégique de communication sous l'égide du Centre d'Information et de Communication Gouvernementale et de l'Institut National de Santé Publique et l'appui technique et financier de l'UNICEF et de l'USAID à travers son projet HC3 mis en œuvre par le Centre des Programmes de Communication de l'Université Johns Hopkins (CCP). Cette stratégie de communication servira de cadre adéquat pour définir la meilleure approche à cette transition.

L'évolution de la dynamique de la menace de l'épidémie nécessite une centralisation du leadership basée sur l'analyse des données qualitatives et quantitatives disponibles. Ces données permettront également de définir plus clairement les étapes de la crise Ebola sur la base du contenu des messages, et d'autres types de communication et de mobilisation sociale de la riposte à l'Ebola. Cette opportunité d'élaborer la stratégie de communication doit tirer profit des ressources considérables déjà investies dans la préparation de la riposte aux MVE, qui a renforcé les systèmes de santé du pays, la capacité de surveillance et une meilleure communication avec les communautés à travers des formations.

Cette stratégie permettra aux acteurs de gérer, d'une façon systématique, les genres de communication qui seront nécessaires pour la riposte face à l'éventualité de la survenue d'une épidémie à Virus Ebola ou toute autre maladie à caractère épidémique en Côte d'Ivoire en fonction des phases de l'épidémie.

1

CONTEXTE, ÉTAT DES LIEUX ET ANALYSE DE LA SITUATION

■ 1.1 Contexte

La Maladie à Virus Ebola (MVE) est une maladie virale transmissible et responsable de graves flambées épidémiques chez l'homme. Elle se caractérise par une létalité pouvant atteindre 90% et pose un véritable problème de santé publique. Le virus se transmet à l'homme à partir des animaux sauvages (chauves-souris, singes, gorilles, agoutis, antilopes, porcs-épics) et se propage ensuite dans les populations par transmission interhumaine. Les chauves-souris frugivores de la famille des Pteropodidae sont les hôtes naturels du virus Ebola. A ce jour, aucun traitement spécifique ni vaccin n'est disponible.

Les premières flambées de MVE sont survenues principalement dans les villages isolés d'Afrique centrale et d'Afrique de l'Ouest, à proximité des forêts ombrophiles tropicales. L'Ebola est apparue pour la première fois en 1976 lors de deux flambées simultanées, à Nzara (Soudan) et à Yambuku (République démocratique du Congo – RDC). Au Congo, le village atteint se situait près de la rivière Ebola, qui a donné son nom à la maladie. En Côte d'Ivoire, un cas de fièvre Ebola a été enregistré en 1994 à Taï. Ce cas n'a pas donné lieu à une épidémie.

Depuis le début du mois de février 2014, une épidémie de fièvre hémorragique a été déclarée en Guinée-Conakry dans la région de N'Zérékoré située à environ 150 kms de la frontière ivoirienne. La confirmation biologique de l'Ebola a été faite le samedi 22 mars 2014. Elle s'est ensuite étendue principalement au Libéria, puis à la Sierra Leone.

La fin de l'épidémie a été déclarée dans tous les trois pays vers la fin de 2015, mais des résurgences ont eu lieu en Sierra Leone et en Guinée dans le premier trimestre de 2016. Jusqu'à maintenant, ces résurgences concernaient deux ou trois cas seulement. L'OMS avoue qu'il faut s'attendre à des résurgences de la maladie: «L'OMS continue de souligner que la Sierra Leone, comme le Libéria et la Guinée, sont encore exposés à un risque de résurgence de la maladie à virus Ebola, en raison, pour une grande part, de la persistance du virus chez certains survivants, et doivent donc rester à un stade avancé d'alerte et prêts à la riposte».

Selon le rapport du 17 février 2016 de l'OMS :

- En Sierra Leone, la transmission interhumaine liée au foyer primaire de maladie à virus Ebola a été déclarée terminée le 7 novembre 2015 (42 jours écoulés depuis que le dernier cas confirmé a donné un deuxième test négatif) . Pendant la période suivant de 90 jours de vigilance renforcée, le 14 janvier, un nouveau cas a été notifié. A partir du 11 février 2016, tous les contacts liés à ce cas étaient arrivés au terme de la période de suivi, et la fin de la résurgence a été déclarée le 17 mars.
- La fin de la transmission de la maladie à virus Ebola a été déclarée le 29 décembre en République de Guinée, mais deux nouveaux cas ont été détectés le 18 mars 2016 dans un village rural à Nzérékoré, au sud de la Guinée.
- La transmission interhumaine liée au dernier foyer de cas au Libéria a été déclarée terminée le 14 janvier 2016, 42 jours après le second résultat négatif consécutif au test de dépistage d'Ebola des deux derniers cas, si aucun autre cas n'est notifié.
- Entre le début de l'épidémie et le 17 février 2016, on a recensé 28 639 cas confirmés, probables et suspects de maladie à virus Ebola en Guinée, au Libéria et en Sierra Leone et 11 316 décès (ce total inclut des cas probables et suspects).
- Sept pays (Espagne, États-Unis d'Amérique, Italie, Mali, Nigéria, Royaume-Uni et Sénégal) ont précédemment notifié un ou plusieurs cas importés d'un pays où la transmission est étendue et intense.

Le risque de propagation de cette épidémie aux pays limitrophes notamment la Côte d'Ivoire, reste élevé du fait des mouvements importants des populations entre la Guinée et la Côte d'Ivoire. L'évolution de la situation est imprévisible et la menace d'une extension de l'épidémie en terre ivoirienne doit être redoutée.

Ainsi, Le Conseil National de Sécurité, présidé par SEM Alassane OUATTARA, Président de la République, en sa session du 14 janvier 2016 a décidé du maintien de l'ensemble des mesures de prévention contre la maladie à virus Ebola en attendant les 90 jours marquant la fin définitive de l'épidémie .

■ 1.2 Etat des lieux

En mai 2015, une évaluation de l'état de préparation de la Côte d'Ivoire en matière de communication pour la prévention de la MVE a été faite. La Côte d'Ivoire n'ayant toujours pas déclaré de cas d'infection notifié, il était nécessaire de profiter de cette opportunité pour évaluer l'existant. Les objectifs étaient de consolider les forces, les meilleures pratiques et de faire des recommandations pour combler les gaps en vue d'avoir une approche et un mécanisme d'intervention cohérents, intégrés et pérennes basés sur des données scientifiques.

Il ressort de ce rapport que la Côte d'Ivoire a connu une forte mobilisation politique, sociale et communautaire au plus fort de l'épidémie dans les pays voisins. Ce qui a contribué au succès du maintien du statut quo au niveau de la situation épidémiologique malgré la panique de la population qui a été exposée à des messages par moments alarmistes y compris les mesures restrictives et coercitives de respect du dispositif de prévention.

Il existe depuis 2001 en Côte d'Ivoire un système de Surveillance Intégrée de la Maladie et de Réponse (SIMR) qui dispose d'un comité intersectoriel de coordination et de gestion des épidémies, ravivé en mars 2014 à l'avènement de la MVE. Des plans d'urgence pour la prévention et la gestion des épidémies existent et ont permis de gérer des épidémies telles que la grippe aviaire, le choléra, la méningite, etc.

Malgré ce dispositif structurel à consolider, force est de reconnaître qu'il existe des besoins à combler en termes de :

- Disponibilité des instruments et supports nationaux de gestion et de coordination dans le cadre de la préparation pour parer à toute éventualité lors d'une crise ou d'une épidémie ;
- Renforcement du système de communication et particulièrement la communication de crise, répertorier les canaux et les besoins en renforcement des capacités des acteurs ; et
- Elaboration d'une approche favorisant le dialogue communautaire pour juguler toute situation de crise, sur la base des leçons apprises en lien avec les valeurs et les barrières culturelles et sociales observées au sein des différentes communautés.

■ 1.3 Analyse de la situation

Pour donner une orientation à la stratégie, il importe de faire une analyse de la situation actuelle. Cette analyse comporte trois points importants : la situation épidémiologique, la situation comportementale et la réponse nationale.

1.3.1 Situation épidémiologique

Malgré la proximité de l'épicentre de l'épidémie, aucun cas n'a été notifié en CI. Toutefois, un dispositif d'intervention est mis en place dans le cadre de la préparation. Il faut noter que des équipes d'intervention rapide ont été déployées sur tout le flanc ouest de la Côte d'Ivoire faisant frontière avec les pays infectés du nord-ouest au sud-ouest depuis le 23 mars 2014. Il existe un dispositif de prise en charge avec un ensemble de cinq Centres de Traitement de la Maladie à Virus Ebola (CTE) à travers la CI : Abidjan (Treichville et Yopougon), Man, Guiglo, San-Pedro, Odienné et Toulepleu.

Un renforcement de la surveillance sanitaire est établi aux frontières y compris l'aéroport international avec un dispositif de contrôle systématique des températures à camera et thermomètre à infrarouge. Il existe également un guide et une équipe de suivi des contacts.

Concernant les équipes d'intervention rapide, elles comprennent au minimum :

- Un médecin
- Un infirmier
- Un hygiéniste
- Un communicateur/psychologue.

Chaque acteur a des tâches précises mais travaille en équipe avec les autres.

Les Centres de Traitement Ebola (CTE) sont des centres de soins dédiés à la prise en charge des malades d'Ebola. Tout CTE doit disposer d'infrastructures adaptées et du personnel médical et paramédical formés pour la prise en charge clinique et psychologique des patients.

La situation épidémiologique exige la surveillance sanitaire aux frontières, et la présence continue des équipes d'intervention rapide et les Centres de Traitement Ebola (CTE). Avec les déclarations de

la fin de l'épidémie aux trois pays les plus affectés (malgré les résurgences déjà connues), un défi sera de maintenir la vigilance et l'état de préparation au niveau du système sanitaire.

1.3.2 Situation comportementale

Plusieurs résultats d'études et de recherches sont disponibles et nous donnent la situation sur le niveau de connaissance, les attitudes, les pratiques et croyances des populations.

De façon générale, on note un bon niveau de connaissance de la MVE tant au niveau de la population qu'au niveau des professionnels de santé ; Il existe deux moments opposés et contradictoires dans la perception de la maladie par la population : la période d'avril 2014 à mai 2015 (moment de l'explosion de la MVE dans les pays voisins à la CI), et la période allant de juin 2015 à maintenant avec la baisse de l'intensité du traitement médiatique et la déclaration dans certains cas de la maîtrise voire de la fin de l'épidémie dans les pays voisins (qui connaît la découverte et l'essai d'un nouveau vaccin et même la déclaration de la fin de l'épidémie). La première période est caractérisée dans la population par des sentiments de crainte/peur, psychose, inquiétude, désespoir, panique, etc. avec la diffusion d'informations erronées et de rumeurs. La seconde période s'apparente au soulagement et au relâchement en matière de respect des mesures préventives, montrant qu'un maintien constant de l'état d'alerte chez les populations est difficile voire impossible.

Pendant la première période, plusieurs études et recherches ont été réalisées et sont disponibles. Elles nous donnent la situation sur le niveau de connaissance, les attitudes, les pratiques et croyances des populations.

Il en ressort que, de façon générale, on note un bon niveau de connaissance de la MVE tant dans les communautés que chez les professionnels de santé. L'étude qualitative sur les déterminants des comportements préventifs en matière de MVE en CI révèle que les populations enquêtées ont dans leur grande majorité, indiqué avoir déjà entendu parler de l'Ebola et la définissent comme une maladie transmise par un virus. L'enquête CAP réalisée par l'UNICEF et l'INSP estime cette majorité à 99,1%. Ce même rapport fait ressortir que 93,8% d'entre eux ont affirmé que c'est une maladie transmissible et très virulente. Les proportions de réponses observées sont assez

similaires selon le sexe, la religion et le milieu de résidence.

En ce qui concerne les manifestations cliniques de la MVE, la forte fièvre, les vomissements, la diarrhée avec présence de sang et le saignement sont les symptômes les plus cités par les communautés ciblées par l'étude. Les douleurs musculaires et la rougeur de la peau sont des symptômes peu évoqués par les participants à l'exception des interviewés de la localité de Ouaninou. Quant aux voies de transmission, « Manger la viande de brousse » ; « Être en contact physique avec les malades d'Ebola » et « Avoir un contact avec les fluides corporels des malades d'Ebola » ont été les plus énoncées. Cependant, les voies les moins évoquées sont celles qui font référence au fait d'« Avoir un contact avec les cadavres des victimes d'Ebola » et « Avoir un contact avec les vêtements portés par les malades d'Ebola ».

A l'analyse des voies de transmission connues, la contamination interhumaine est la plus connue comparativement à la voie de l'animal à l'homme.

Ces différentes études font aussi ressortir que les populations connaissent bien les dispositions préventives face à la MVE, même si une frange, moins importante, de la population demeure perplexe quant à l'existence même de l'Ebola comme maladie. Les réserves émises au sujet de l'existence de l'Ebola sont liées à des préjugés selon lesquels Ebola aurait été « inventée » soit pour lutter contre la personnalité chaleureuse et solidaire des Africains, soit pour des objectifs de marketing.

L'évaluation des attitudes, pratiques et itinéraire thérapeutique des populations face à la MVE montre :

- Que la MVE est perçue par les communautés comme une maladie « dangereuse, contagieuse, grave et mortelle » et incurable pour l'ensemble de la population. Cette perception effrayante est attribuée au nombre de décès causés par la maladie dans les pays africains où elle a été constatée. Cette perception du risque chez les populations est importante, et ce d'autant plus en milieu urbain (50,2%) qu'en milieu rural (36,7%).
- Que les populations ont une connaissance quasi mécanique des dispositions préventives. Les modes de transmission de la MVE sont assez bien connus, notamment celui de l'animal à l'homme avec plus de 80% des enquêtés qui citent la consommation de la viande de brousse .

- Que face à un cas suspect ou avéré de MVE, au sein de leur ménage ou de leur communauté, les populations toutes catégories confondues comptent adopter la même attitude. La première disposition citée est d'isoler systématiquement de gré ou de force la personne concernée. La deuxième attitude, qui se trouve être complémentaire de la première, consiste à contacter les personnes et/ou structures habilitées à la prise en charge de ces cas, soit en appelant le numéro vert, soit en se rendant dans un centre de santé pour solliciter de l'aide. Sur ces dispositions, toutes les personnes enquêtées s'accordent sur les aspects fondamentaux de la prévention que sont l'isolement des malades et le référencement aux autorités sanitaires, seules compétentes à assurer la prise en charge de ces cas.

Cependant, la mise en œuvre de ces dispositions est diverse selon le niveau de contraintes sociales qu'elle implique. Ainsi, les populations, sans distinction, identifient certaines pratiques culturelles de leur communauté, comme susceptibles de favoriser la propagation de la MVE en cas d'épidémie. Ce sont entre autres :

- Les rites funéraires : Ils ont tous affirmé que les rites funéraires au cours desquels les communautés ont recours à la manipulation des corps du défunt constituent des pratiques à risques principalement parce qu'elles ne sont pas toujours informées de la cause du décès de l'individu. Il est aussi ressorti que les populations semblent ne pas être en mesure de changer les pratiques devant les cas de maladie ou de décès des membres proches de leurs familles. Une citation d'une dame à Abidjan résume bien ce cas de figure « Quand on est devant le cadavre, on ne peut penser à une maladie », et du fait de la sanction sociale qui peut résulter de la non-pratique des rites funéraires, qui va de la stigmatisation à l'exclusion.
- Les habitudes alimentaires : Le fait de ne pas consommer de la viande de brousse est aussi connu et plus observé en milieu urbain qu'en zone rurale.
- Les habitudes d'hygiène : il ressort aux dires des enquêtés que le lavage complet des mains avec du savon et le contact par la salutation bien que connus, ne sont pas toujours pratiqués.
- Les obstacles peuvent aussi être d'ordre financier, politique, religieux, social et communicationnel.

Interrogés sur leur itinéraire thérapeutique, la plupart des enquêtés affirment qu'il débute par le recours

aux soins de la médecine traditionnelle ou alternative, passe par l'automédication avec les médicaments de la médecine moderne et se termine par le recours à un centre de santé conventionnel.

Au niveau du personnel de santé, il ressort que, quelle que soit la localité et le type de prestataire entretenu, cette catégorie a un niveau de connaissance élevée de la maladie à virus Ebola aussi bien de la définition de la maladie aux mesures préventives, en passant par les symptômes des voies de transmission. Selon le personnel de santé, les dispositions préventives au niveau des actes de soins que sont le port des gants, de la blouse et de la bavette sont connues par ceux-ci. Cependant, l'insuffisance ou l'indisponibilité de ce matériel constitue un obstacle à la mise en place de mesures préventives efficaces.

Au titre de la capacité de mobilisation communautaire et du capital social, la majorité des enquêtés soutiennent l'existence des dispositifs de mobilisation sociale face à la survenue d'un événement au sein de la communauté. Cette capacité de mobilisation repose fondamentalement, en milieu rural comme urbain, sur les associations et organisations à base communautaire et autres types de réseaux communautaires existants. En général, ces groupes et autres associations sont constitués selon l'appartenance religieuse, ethnique, et professionnelle, mais aussi selon les tranches d'âge et le niveau de responsabilité dans la région.

A cela, il est à noter la solidarité qui se manifeste au sein des communautés. En effet, en cas de situation problématique dans la localité, les populations ont expliqué la promptitude et la totale implication avec laquelle les autres membres s'investissent dans la gestion du problème.

Concernant les canaux de communication, la télévision et la radio ont été identifiées comme sources principales d'informations sanitaires. En plus de ces canaux de communication, le crieur public (griot), en zone rurale, et les journaux en milieu urbain ont été identifiés comme sources d'informations.

De façon globale, sur le plan comportemental, il a été noté des variations sensibles dans les pratiques entre la première période qui a donné lieu à des sentiments de crainte/peur, psychose, inquiétude, désespoir, panique, etc. avec la diffusion d'informations erronées et de rumeurs, et la seconde période qui s'apparente au soulagement et au relâchement en matière de respect des mesures préventives. Ce même état de fait est observé auprès du personnel de la santé.

Pour faire face à cette situation, un dispositif de réponse nationale à la MVE a été élaboré dans le cadre de la préparation.

1.3.3 Réponse nationale

La situation en Côte d'Ivoire est gérée par l'implication des autorités politiques et administratives au plus haut niveau. Les activités de communication ont démarré en mars 2014 par des campagnes de sensibilisation. A partir de septembre 2014, la CI a élaboré un Plan de Préparation et de Réponse à l'épidémie de la MVE. Des axes majeurs ont été identifiés pour une préparation efficace, il s'agit de :

- La communication et la sensibilisation
- La surveillance épidémiologique
- La prévention et l'endiguement
- La capacité de réponse du système de santé.

Chaque composante a développé une stratégie de lutte. Ainsi, dans l'urgence, l'axe communication a décliné son plan d'action en quatre volets : (i) le plaidoyer, (ii) la mobilisation sociale, (iii) la communication pour le changement social et de comportement et (iv) le renforcement des capacités en communication. La planification, la coordination, la recherche, le suivi et l'évaluation sont des volets transversaux.

Des plans de communication ainsi qu'une variété de supports de communication (capsules, spots télé et radio, affiches, banderoles, kakemonos, autocollants, etc.) a été produite sous la responsabilité du Centre d'Information et de Communication Gouvernementale (CICG) avec l'appui technique et financier de l'UNICEF. De plus, plusieurs instruments et dispositifs existants ont été renforcés pour soutenir les actions de communication, il s'agit, entre autres, des lignes vertes 143, 101 et 106 info sida.

Le bilan du sous-comité communication fait ressortir les acquis ci-dessous :

- Positionnement de la communication comme stratégie-clé de lutte
- L'implication des leaders religieux et communautaires
- La mobilisation sociale effective
- L'utilisation du réseau de certaines entreprises privées pour la diffusion des 31 supports
- La contribution du secteur privé. Entre autres la diffusion de messages par des entreprises (factures Cie, Sodéci, Téléphonie.....)

• L'harmonisation des contenus de formation et de suivi/évaluation et des supports de communication. En termes de défis, les principaux identifiés sont :

- La capitalisation et la pérennisation des acquis en termes d'adoption de bonnes pratiques (comme le lavage des mains)
- Communication pour le maintien de la vigilance et le respect des mesures de prévention dans le contexte actuel
- Coordination des interventions aux niveaux central et régional.

Il ressort aussi de ce bilan, l'importance d'appuyer la planification stratégique en matière de communication pour les situations de crise / maladies à potentiel épidémique ; de définir de nouveaux axes de messages adaptés au contexte autour de la MVE en fonction de l'évolution de la situation, et la nécessité de décentraliser la coordination des acteurs en communication/ mobilisation sociale/ engagement communautaire à travers la mise en place des SCCOM au niveau décentralisé qui regrouperont tous les acteurs impliqués dans la communauté.

Ainsi, en se basant sur les leçons apprises dans le cadre de la gestion de la crise en CI qui fait ressortir l'importance d'un cadre logique d'intervention qui intègre toutes les ressources disponibles :les différents secteurs et acteurs pour une plus grande efficacité dans la mise en œuvre d'une communication efficace visant à changer les normes et pratiques sociales néfastes et les comportements à risque et facilitant la mobilisation de la communauté autour des problèmes les concernant.

Grâce à ce dispositif, il n'y a pas eu un cas d'Ebola détecté dans le pays.

2

ORIENTATION STRATÉGIQUE

Pour répondre à la problématique qui se dégage de l'analyse de la situation, la stratégie de communication est bâtie autour de trois axes qui définissent les orientations d'intervention, d'utilisation et de mise en œuvre.

Axe 1, « Utilisation des phases de l'épidémie » permet aux acteurs de moduler les interventions, les messages selon la phase (vert, situation normale ; orange, alerte; et rouge, crise), avec les changements de contenu et de ton.

Axe 2, « Utilisation de la stratégie pour toute autre maladie à caractère épidémique ». En partant des leçons apprises, il ressort le besoin de renforcer la systématisation de la gestion des crises et le renforcement / mise en place de mécanismes adaptables à toutes les menaces.

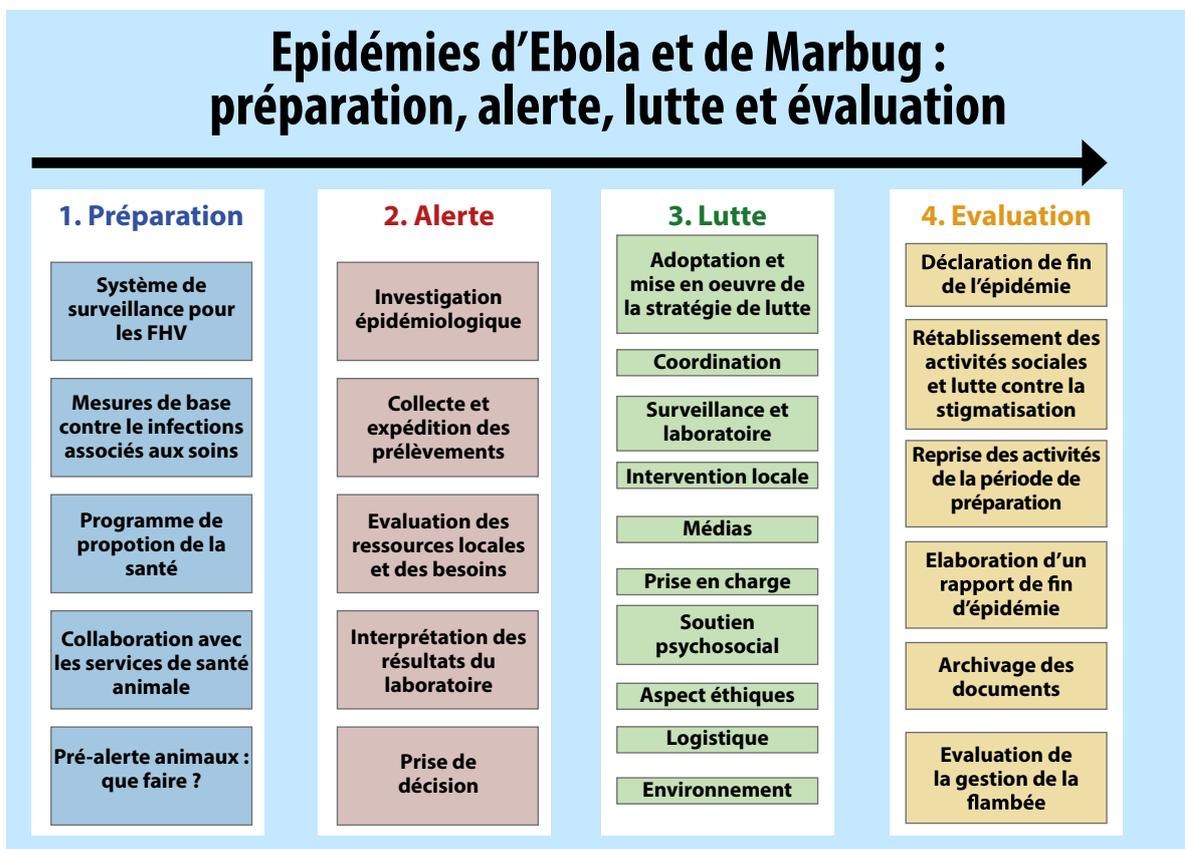
En ce qui concerne Axe 3 : Approche multisectorielle et inclusive, selon les leçons apprises dans les pays voisins, la communication joue un rôle transversal, donc la stratégie de communication offre à tous les acteurs un outil de référence pour une action coordonnée et efficiente.

2.1 Axes stratégiques

2.1.1 Axe 1 : Les phases de l'épidémie

Chaque situation d'urgence, de catastrophe ou de crise évolue en plusieurs phases. Dans le cadre de la MVE, plusieurs schémas ont été développés dont ceux de CDC, JHU et de l'OMS. Pour identifier les phases de la Côte d'Ivoire, nous nous sommes appuyés sur celui de l'OMS qui définit quatre (04) phases de façon théorique, schématisées comme suit :

Schéma 1 : phases de l'épidémie selon l'OMS



Sur la base de ce schéma, les questions relatives à la MVE dans la stratégie de communication seront développées selon trois phases : pré-épidémie, épidémie et post-épidémie, avec des sous-phases.

Bien qu'on ait défini l'évolution de l'épidémie en trois phases, le besoin d'utiliser des symboles au niveau opérationnel pour plus de visibilité et de compréhension des actions de communication au profit du grand public s'impose. Les symboles s'inspirent des feux tricolores utilisés pour la régulation de la circulation (vert, orange, rouge). Pour chaque niveau d'alerte, il y a une liste de messages, d'actions, d'acteurs, de cibles, etc.

Ces niveaux correspondent aux phases de l'épidémie selon le schéma suivant :

Schéma 2 : Phases et sous-phases de la MVE retenues en CI

PHASE 1 / Pré-épidémie

1a. Absence de cas chez les voisins

- **(VERT : Situation normale)**

1b. Cas chez les voisins

- **(ORANGE : Alerte)**

PHASE 2 / Epidémie

2a. Cas en CI

2b. Zones touchées/non touchées

- **(ROUGE : Crise)**

PHASE 3 / Post épidémie

3a. Avant la déclaration de l'OMS

- **(ORANGE : Alerte)**

3b. Après la déclaration de l'OMS

- **(VERT : Situation normale)**

2.1.2 Axe2 : Utilisation de la stratégie pour toute autre maladie à caractère épidémique

Se basant sur les leçons apprises dans la préparation de la MVE et la prise en charge des malades d'Ebola ou d'autres maladies à caractère épidémique, cette stratégie est développée pour être un cadre de référence pour une réponse à toute maladie à caractère épidémique. C'est-à-dire, bien que les spécificités de chaque maladie soient différentes, les grandes lignes d'une réponse sont semblables : communication de crise ; gestion des rumeurs ; recherche rapide dans les communautés pour l'identification des comportements clés, des publics-cibles, et des canaux ; développement et pré-test des messages et supports ; suivi et évaluation, etc. S'il s'agit de la grippe aviaire, le virus Zika, ou les autres fièvres hémorragiques tels que Lassa et Marburg, une réponse très rapide est nécessaire, et les phases et les besoins sont quasiment les mêmes.

2.1.3 Axe 3 : Approche multisectorielle et inclusive

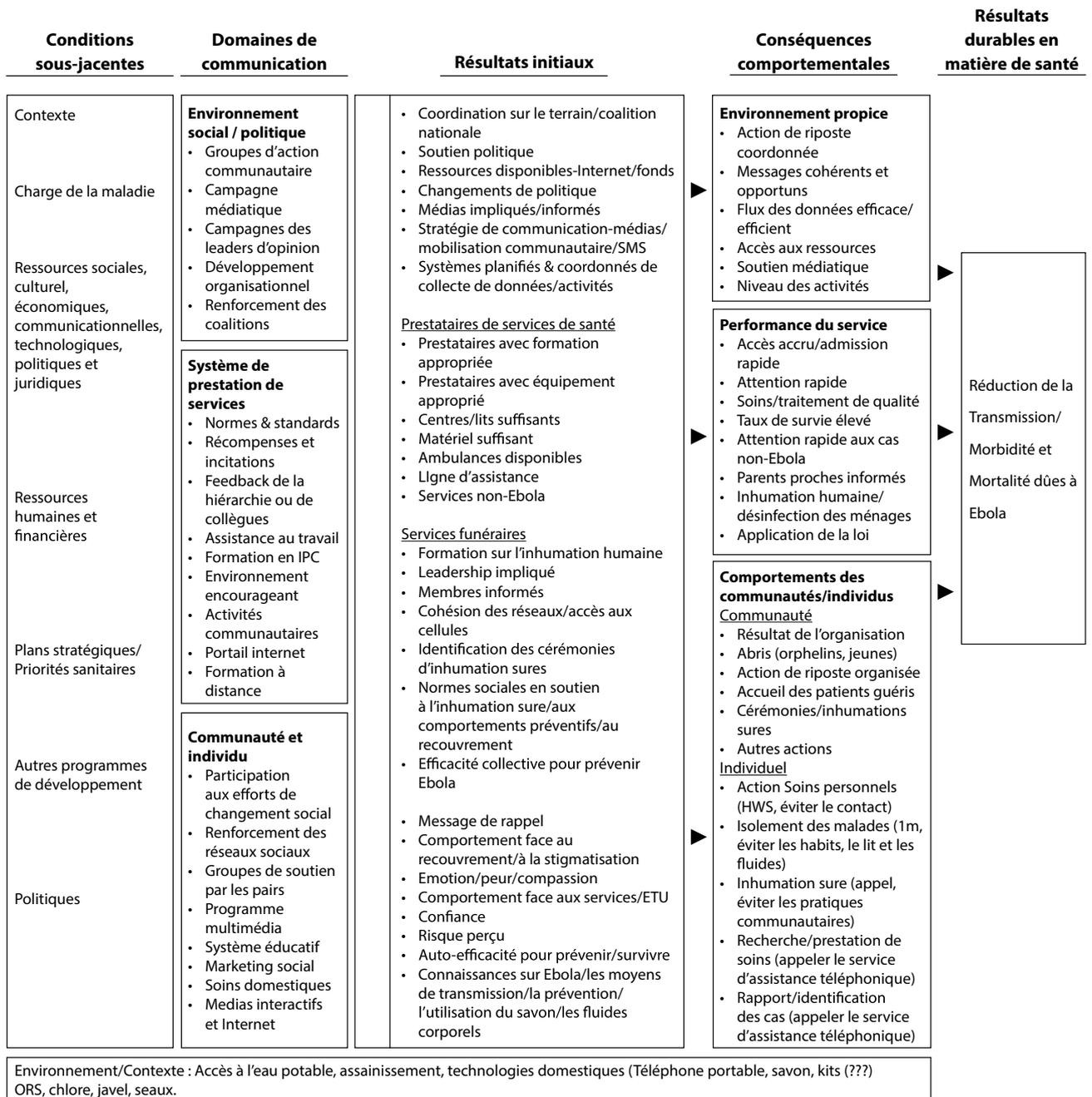
Les leçons apprises des interventions des acteurs impliqués dans les activités de prévention dans le cadre de l'épidémie récente dans les pays voisins ont montré le besoin d'avoir un cadre inclusif qui permet de rassembler toutes les parties prenantes de la lutte. L'objectif étant, d'une part, de capitaliser les leçons apprises dans les pays voisins et en CI et, d'autre part, d'avoir un outil de référence pour une action coordonnée et efficiente.

La stratégie de communication est élaborée pour servir de cadre de référence inclusif dans la réponse à la MVE et à toute autre maladie à caractère épidémique permettant ainsi de définir clairement le rôle de chaque partie prenante en lien avec les différentes phases de l'épidémie.

2.2 Modèle théorique utilisé pour développer la stratégie

La communication stratégique se base sur un modèle théorique pour développer un cadre logique d'intervention. Dans le cas présent, la stratégie de la CCSC pour la réponse à la MVE est bâtie en se référant au cadre conceptuel sur Ebola développé par HC3.

Schéma 3: Cadre conceptuel lié au modèle théorique développé par HC3



3 CADRE CONCEPTUEL DE LA STRATÉGIE

Le présent document met à disposition une stratégie nationale de communication intégrée et compréhensible pour la réponse à la MVE et aux autres maladies à caractère épidémique, sur la base de la mise à jour et de la consolidation des plans et stratégies existants.

■ 3.1 But et objectifs de la stratégie

But

Le but de cette stratégie est de contribuer à la prévention, à la réduction de la morbidité et de la létalité dues à la MVE et aux autres maladies à caractère épidémique en Côte d'Ivoire.

Objectif général

L'objectif général est de créer un environnement favorable à un changement de comportement à tous les niveaux (individu, famille, communauté, national) pour la prévention de la MVE et la prise en charge des personnes malades d'Ebola en Côte d'Ivoire à tous les niveaux de la famille, de la communauté y compris le niveau national qui sert à amener le gouvernement, le système de santé et la population à pratiquer des comportements adéquats en fonction des phases de l'épidémie visant à prévenir une épidémie à virus Ebola et si d'aventure elle se produit, minimiser son impact. Ce qui suppose une action de riposte coordonnée et intégrée.

Objectifs spécifiques

De façon spécifique, il s'agit de :

- Mettre à la disposition de la CI un document de stratégie de communication consensuel pour tous les acteurs dans le cadre de la préparation à la réponse à la MVE et aux autres maladies à caractère épidémique, (combiner les objectifs spécifiques 1 et 3) ;
- Définir les principes de communication de crise à respecter par tous les acteurs en ce qui concerne la riposte à la MVE et toute autre maladie à caractère épidémique ;

- Mettre en place un système exploitable par les acteurs-clés pour la diffusion d'informations actualisées auprès du public-cible « feedback loop » dans le cadre de la riposte à la MVE et toute autre maladie à caractère épidémique.

■ 3.2 Approche stratégique

3.2.1 Piliers de la communication

Le document de stratégie nationale de communication pour la préparation de la CI à la prévention et à la réponse à la MVE repose sur une approche basée sur trois piliers de la communication à mettre en œuvre selon les phases épidémiologiques et les trois niveaux d'alerte décrits ci-dessus. Il s'agit de la communication de crise, la coordination interinstitutionnelle et intersectorielle, et la communication pour le changement social et comportemental. Bien que complémentaires, le rôle de chaque pilier de la communication est différent selon la phase épidémiologique/ niveau d'alerte. Les piliers de la communication sont décrits ici d'une façon générale.

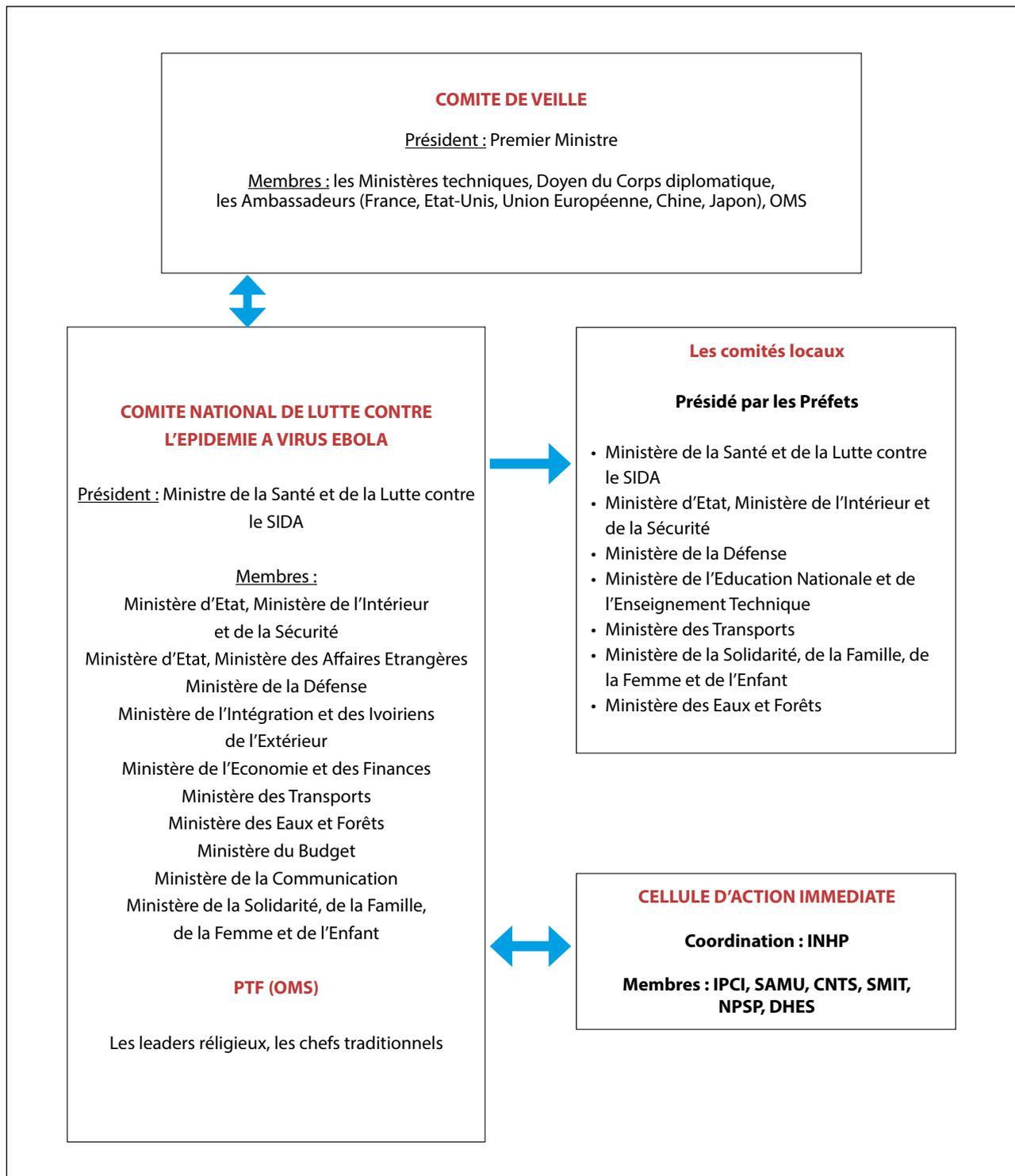
Communication de crise

La communication de crise recommande des principes et bonnes pratiques qui doivent être pris en compte et respectés. Il est donc nécessaire de former toutes les autorités à cet effet. Pour garantir une plus grande efficacité, il faut élaborer à l'avance (dans la phase pré-épidémie/niveau vert) les supports à exploiter dans le cadre de ce type de communication. Par exemple, les communiqués de presse, discours, « talking points » (sujets de discussion) et tout autre support jugé indispensable. Il s'agit également d'identifier les moments et informations-clés y compris les actions à prendre en cas d'urgence. Cela pourrait être la notification du premier cas d'Ebola ou de toute autre maladie à caractère épidémique. Cela nécessite que les porte-paroles soient connus à l'avance avec un protocole développé et disponible qui prend en compte les points saillants de l'information à diffuser pour chaque situation prévue.

Les principes et bonnes pratiques de la communication de crise retenus pour l'opérationnalisation de la stratégie sont les suivants :

- Etre le premier à annoncer : ne pas se laisser devancer par les réseaux informels ;
- Etre transparent : « Voici ce qu'on sait, voici ce qu'on ne sait pas. On vous informe dès qu'on a plus précisions » ;
- Assurer une communication à deux sens (two-way): créer un mécanisme qui permet aux populations d'exprimer leurs préoccupations et besoins ;
- Utiliser les messages adaptés: messages généraux pour le grand public, messages spécifiques pour les cibles prioritaires ;
- Pratiquer la communication positive: les messages trop négatifs qui provoquent la peur extrême peuvent « paralyser » la population ;

Schéma 4 : mécanisme de coordination



- Prévenir et combattre les rumeurs de façon proactive: mécanisme de chasse/banque à rumeurs pour les détecter, répondre et éliminer ;
- Garantir la qualité des messages et matériaux : comité restreint qui surveille la mise à jour et les adaptations selon les besoins identifiés par eux et/ ou les partenaires. (harmoniser la formulation de chaque bulletin d'informations).

Coordination intersectorielle et interinstitutionnelle

Des structures spécifiques et lignes directrices devraient être mises en place pour faciliter la communication intersectorielle et interinstitutionnelle à chaque phase d'une épidémie éventuelle. Les systèmes existants doivent être préparés à se maintenir en éveil (le SIMR et son comité intersectoriel de coordination et de gestion des épidémies). La société civile et les médias doivent être impliqués au même titre que les structures gouvernementales et les partenaires au développement.

En phase pré-épidémique, il s'agit d'organiser des réunions périodiques pour entretenir l'état de veille et tester les mécanismes de coordination.

Pour ce qui concerne la situation actuelle, la CI a mis en œuvre la plupart de ces actions pendant le niveau d'alerte orange, parce qu'il y avait déjà des cas dans les pays voisins (voir schéma 4, mécanisme de coordination). Le pays est actuellement (janvier 2016) au niveau vert, depuis la déclaration de la fin de l'épidémie de façon graduelle dans les pays limitrophes puis en Afrique de l'Ouest par l'OMS. Désormais, l'idéal serait de revoir et maintenir l'état de veille de façon régulière quand le pays est au niveau vert.

Communication pour le changement social et comportemental

Par définition, la Communication pour le Changement Social et Comportemental (CCSC) est l'application systématique de stratégies et processus interactifs basés sur la théorie et découlant de la recherche afin de permettre d'aborder les facteurs qui facilitent et ceux qui empêchent le changement au niveau individuel, social et communautaire.

La CCSC comprend trois composantes qui seront utiles pour la communication dans le cadre de la prévention et de la contingence de la MVE et de toute autre maladie à caractère épidémique :

- Le plaidoyer : le dialogue politique au niveau communautaire, régional et national,
- La mobilisation sociale : des actions collectives au niveau communautaire et dans la société civile,
- La communication pour le changement de comportement : niveau individuel et familial.

Pour ce type de stratégie, il existe plusieurs processus. Le processus qui guide notre stratégie est appelé le Processus P, développé par l'Université Johns Hopkins (Annexe1). C'est une feuille de route détaillée par étapes pour conduire à un programme stratégique et participatif ayant un fondement théorique et un impact mesurable.

Pour chaque phase de la réponse à la MVE, le Ministère en charge de la Santé pourrait suivre ce processus, en collaboration avec d'autres structures-clés du Gouvernement identifiées dans le processus de coordination.

Ce processus permettra de dégager les données de base, les opportunités et d'identifier les gaps et les besoins à combler. Les sources pourraient être les résultats des études spécifiques que la partie nationale et les partenaires au développement ont déjà menées sur les connaissances, attitudes, comportements et croyances. Autrement dit, il faudra réaliser ce type de recherche en vue d'élaborer une stratégie cohérente.

3.2.2 Approche stratégique par phase de l'épidémie

Comme décrit dans la partie 2.1 Axes stratégiques, en Côte d'Ivoire, on a défini l'évolution de l'épidémie en trois phases : pré-épidémie, épidémie et post épidémie. A l'intérieur des phases se trouvent des sous-phases. Cependant, ces phases ne sont pas utiles pour le grand public. Cette stratégie utilise trois niveaux d'alerte opérationnelle (vert, orange, rouge) pour plus de visibilité et de compréhension des actions de communication. Chacun de ces niveaux doit faire l'objet d'une approche spécifique pour chaque pilier de communication.

VERT : Situation normale

Ce niveau décrit une situation d'accalmie qui suppose qu'il n'existe aucun cas d'infection dans les pays voisins. Il comprend la période avant une épidémie et ensuite après une déclaration de l'OMS de la fin d'une épidémie. En ce qui concerne cette crise, la CI s'est retrouvée directement au niveau orange (alerte). Depuis les déclarations de l'OMS de la fin de l'épidémie dans les pays voisins à la fin de décembre 2015 et en janvier 2016 la CI se retrouve dans le niveau vert. Ce qui suppose qu'il est primordial de créer la confiance entre tous les acteurs dans un premier temps et dans un second temps élaborer les protocoles à utiliser en cas d'alerte (orange) ou de crise (rouge).

Après une épidémie dans les pays voisins, quand l'OMS a déclaré officiellement la fin de la crise, il est important d'évaluer avec tous les partenaires la mise en œuvre de la stratégie pendant cette période :

- Examiner et consigner les meilleures pratiques, les réussites, les défis et les leçons apprises,
- Apporter les changements nécessaires pour répondre plus efficacement aux questions si une crise similaire devait se développer à nouveau,
- Rassembler les leçons tirées de tous les acteurs et les enregistrer/consigner pour une utilisation future.

ORANGE : Alerte

C'est la situation dans laquelle on enregistre un ou des cas dans les pays voisins et/ou avant la déclaration de la fin de l'épidémie par l'OMS. S'il existe des cas dans les pays voisins, les protocoles développés au niveau vert seront mis en œuvre.

Si les pays voisins se trouvent dans une situation post-épidémique où il n'y a plus de cas et que l'OMS n'a pas encore déclaré la fin de l'épidémie, ces pays se trouvent dans une dynamique de l'extinction de l'épidémie. Il s'agit toutefois, en Côte d'Ivoire, d'observer le protocole de déclaration de la fin de l'épidémie par l'OMS.

ROUGE : Crise

C'est la situation dans laquelle on enregistre un ou plusieurs cas en Côte d'Ivoire. Ce qui suppose que le pays est déclaré en phase d'épidémie. Cette phase se présente sous deux aspects selon l'évolution de l'épidémie : le moment du début de l'épidémie dit phase initiale et le moment d'entretien de la situation vers l'extinction de l'épidémie. Chacun des aspects traduit des actions de communication spécifiques. De façon globale, il s'agit d'activer le dispositif mis en place dans le cadre de la préparation.

Dans cette phase, les besoins sont identifiés de façon exhaustive par un inventaire/analyse de la situation selon deux volets :

Nombre de cas confirmés en CI,
Zones touchées ou non touchées.

Dans le cadre de cette stratégie, il est nécessaire de décrire les plans d'intervention de la réponse selon les piliers de communication et les niveaux d'alerte. La partie sur la CCSC décrit la réponse par domaine prioritaire de prévention et par phase.

4

RÉPONSE PAR PILIER DE COMMUNICATION ET PAR NIVEAU D'ALERTE

■ 4.1 Coordination intersectorielle et interinstitutionnelle

D'une façon générale, les systèmes de coordination doivent être élaborés et maintenus quand le pays est au niveau vert, c'est-à-dire, bien avant l'identification des cas dans les pays voisins (ce qui n'était pas possible avec la présente crise de la MVE). Au moment de la déclaration du niveau orange, ces systèmes seront mis à jour, afin de permettre une mise en œuvre immédiate si un cas est identifié dans le pays.

4.1.1 VERT : Situation normale

En CI, la coordination de la lutte est marquée par un leadership au sommet de l'Etat matérialisé par un organigramme (schéma 4) composé des instances suivantes :

- Conseil national de sécurité : présidé par le Président de la République ;
- Comité de veille contre l'épidémie de MVE : présidé par le Premier Ministre ;
- Comité national de lutte contre l'épidémie de MVE: présidé par la Ministre en charge de la Santé ;
- Cellule d'action immédiate /Centre des Opérations d'Urgence (COU): présidé par le Directeur de l'INHP ;
- Comités locaux : présidés par les Préfets

La coordination des activités de communication se fait au niveau central par le sous-comité communication. Il comprend :

- Le Représentant du CICG, Président ;
- Le Représentant du Ministère d'Etat, Ministère de l'Intérieur ;
- Le Représentant du Ministère de la Communication ;
- Le Représentant de la presse écrite ;
- Le Représentant du Ministère chargé de la poste et des TIC ;
- Le Service de Communication du Ministère de la Santé et de la Lutte contre le Sida ;
- Le Représentant de l'INHP ;
- Le Représentant de la Direction de l'Hygiène, de l'Environnement et de la Santé ;
- Les points focaux communication du système des Nations unies.

Le sous-comité communication assure la coordination des interventions en communication et la supervision des comités locaux de coordination opérationnelle. Il a pour rôle de :

- Assurer la coordination des interventions en communication de toutes les structures privées et publiques ;
- Renforcer les capacités des relais communautaires et des agents de santé intervenant dans la communication sur la MVE ;
- Veiller à l'élaboration et à la diffusion par l'ensemble de la presse publique et privée des messages adaptés à la population concernant la maladie à virus Ebola ;
- Relayer auprès de la population toutes les mesures restrictives que le Comité National sera amené à prendre en veillant à ce que celles-ci soient bien comprises et acceptées ;
- Evaluer régulièrement le niveau de connaissance de la maladie, les attitudes et pratiques en matière d'observance des mesures préventives préconisées dans la lutte contre la maladie à virus Ebola ;
- Assurer la supervision et le suivi des activités de communication ;
- Faire une revue semestrielle du plan de communication.

Au niveau départemental, le Directeur départemental de la Santé est chargé de conduire les activités de communication. Il est appuyé dans cette tâche par le point focal communication du district, si possible. Sa mission est de :

- Assurer la diffusion des supports de communication ;
- Faciliter et autoriser l'information au public concernant la MVE ;
- Assurer le suivi des activités de communication ;
- Superviser les partenaires de mise en œuvre ;
- Faire un rapport mensuel au niveau central ;
- Appuyer le président du comité départemental dans la prise de parole.

Au niveau vert, ces comités doivent tenir des réunions au moins une fois chaque semestre. Cependant, pendant les six mois qui suivent un retour au niveau vert après une période de niveau orange (situation actuelle en CI depuis la fin de décembre 2015), ces réunions

doivent être organisées au moins chaque trimestre pour assurer une revue et la mise à jour continue de tous les protocoles.

4.1.2 ORANGE : Alerte

Au moment de la déclaration du niveau orange, tous ces organes doivent se réunir pour s'assurer que tous les systèmes sont à jour, que les lignes directrices sont claires, et que les responsables sont formés. Pendant cette période, la coordination consiste en des réunions mensuelles au cours desquelles les activités planifiées sont présentées, les difficultés rencontrées sont identifiées et des mesures correctrices sont prises pour mieux préparer la mise en œuvre éventuelle. Pendant cette période, les responsables doivent organiser des exercices de simulation à tous les niveaux du système, pour permettre aux acteurs de pratiquer/répéter le déroulement des actions à faire si le niveau rouge est déclaré.

4.1.3 ROUGE : Crise

Quand le premier cas sera identifié en CI, les plans de riposte seront mis en marche dont ceux de la communication. Pour ce qui concerne le circuit de l'information, trois circuits ont été déterminés pour être gérés pendant la crise : le circuit de la gestion des rumeurs et plaintes, celui de la révision des supports en cas de besoin, les relations avec la presse.

Concernant la gestion des rumeurs et plaintes, les lignes vertes existantes sont utilisées à cet effet, le cas échéant, de nouvelles lignes vertes seront créées. Ces lignes recevront l'ensemble des appels. Un rapport quantitatif et qualitatif sur des questions récurrentes est fait au sous-comité communication en termes de nombre d'appels sur la MVE ou d'autres épidémies. Un rapport trimestriel est fait à l'Inspection Générale de la Santé. En cas d'urgence, des rapports téléphoniques sont faits au COU pour une prise de décision diligente.

Concernant le circuit de révision et de la production des supports, les observations locales en matière de supports et toute autre production de support de communication sont transmises au sous-comité communication pour validation et action. Le sous-comité communication est la seule instance de décision en matière de production et validation des supports.

4.2 Communication de Crise

Pour la communication de crise, comme pour la coordination, les systèmes doivent être mis en place et maintenus même quand le pays est au niveau vert. Les protocoles spécifiques pour les niveaux orange et rouge déjà élaborés, sont mis en œuvre immédiatement si un cas est identifié dans un pays voisin ou en CI.

4.2.1 VERT : Situation normale

- Mettre en place les protocoles de communication de crise dans le cadre de la préparation à la réponse (un protocole à suivre au niveau orange et un à suivre au niveau rouge). Les protocoles doivent respecter les bonnes pratiques de la communication de crise (voir 3.2.1). Les protocoles doivent être identifiés, c'est-à-dire qui va prendre la décision de déclarer le changement de niveau, qui va l'annoncer (les porte-paroles ou autorités), sur quels canaux, les journalistes et leaders à contacter, etc.
- Former les parties prenantes au sujet des bonnes pratiques de la communication de crise, avec des exercices de simulation.
- Préparer des supports à exploiter dans le cadre de ce type de communication. Par exemple, les communiqués de presse, discours, « talking points » et tout autre support jugé indispensable.
- Avoir un mécanisme de coordination connu de tous les intervenants et identifier les parties prenantes au niveau institutionnel : central, décentralisé, déconcentré, périphérique et connexe (auxiliaires de l'administration, leaders d'opinion).
- Avoir un mécanisme de communication qui repose sur une stratégie de communication selon les niveaux d'alerte avec l'existence d'un guide de message qui prend en compte les données scientifiques, les barrières socioculturelles et la gestion des rumeurs.
- Mettre en place un mécanisme de mobilisation sociale et communautaire y compris les outils de dialogue communautaire adapté au contexte local selon les spécificités.
- Maintenir l'état de veille et de préparation par des réunions périodiques de coordination et des exercices de simulation à tous les niveaux du système.

4.2.2 ORANGE : Alerte

Au moment de l'identification d'un cas dans un pays voisin, les protocoles de communication de crise élaborés pour le niveau d'alerte seront mis en œuvre,

il s'agit de la décision de déclarer le niveau orange au moment de l'annoncer et des autres actions qui doivent suivre. Les responsables/comités identifiés pendant la période verte doivent se réunir pour s'assurer que tous les systèmes sont à jour, que les lignes directrices sont claires et que les responsables sont formés.

4.2.3 ROUGE : Crise

Au moment de l'identification d'un cas en CI, les protocoles de communication de crise élaborés pour ce niveau seront mis en œuvre. Il s'agit de la décision de déclarer le niveau rouge, du moment de l'annoncer et des autres actions qui doivent suivre. Les responsables/comités identifiés doivent se réunir pour mettre en œuvre les lignes directrices et mettre à contribution les responsables déjà formés.

4.3 Communication pour le changement social et comportemental

A ce niveau, il s'agit de tenir compte des trois composantes de la CCSC selon les niveaux d'alerte définis et les symboles y afférents. Il s'agit de prendre en compte les comportements souhaités/attendus des différentes cibles pendant ces différents moments identifiés, et selon trois thèmes comportementaux prioritaires.

Trois thèmes ont été choisis au cours de l'atelier d'élaboration de la stratégie organisé du 12 au 16 octobre 2015 : les pratiques de manipulation des cadavres lors des rites funéraires; le contact avec les animaux de brousse, et le lavage des mains.

La méthodologie a consisté à organiser des travaux de groupe et à procéder à la mise en commun des résultats selon les spécificités : les représentants des :

- Professionnels de la santé ;
- ONGs nationales et internationales intervenues pendant la période d'alerte ;
- Structures décentralisées de l'Etat intervenues pendant la période d'alerte.

Un ensemble de problèmes ont été identifiés. Il a été demandé à chaque participant de classer les thèmes importants allant de 1 à 3 sur la base de la check list de façon individuelle ; l'objectif étant de choisir trois problèmes prioritaires. C'est sur la base de la pondération des scores que ces trois thèmes prioritaires ont été choisis. Il convient de signaler que cet exercice avait pour lien les recherches effectuées en CI et les leçons apprises dans les pays voisins.

Toutefois, les recommandations faites résument pour chacun des problèmes les éléments qui suivent :

Les pratiques de manipulation des cadavres lors des rites funéraires

Il a été recommandé que les propositions de changement de comportement n'exigent pas la disparition de la pratique culturelle elle-même mais plutôt d'identifier les éléments qui exposent la communauté aux risques d'infection et qui constituent un frein au changement de comportement.

Le contact avec les animaux

Pour induire un changement de comportement, il a été recommandé de proposer des aliments de substitution pour faciliter le changement de comportement, travailler sur la motivation par la peur pour atteindre le même but et agir sur les autres secteurs du système du gouvernement afin de limiter les barrières au changement de comportement pour l'adoption de nouveaux comportements souhaitables.

Le lavage des mains

La recommandation qui a été retenue est d'amener les populations à utiliser les moyens disponibles dans leur milieu de vie (dispositions de lavage des mains traditionnelles par exemple) et ne pas faire une fixation sur les dispositifs modernes qui ne peuvent pas être accessibles à tous.

Pour chaque niveau d'alerte et chaque thème prioritaire, il y a les comportements souhaités et les cibles, objectifs de communication, et éléments du message. Les comportements prioritaires sont élaborés ici ; voir les annexes pour les détails sur les cibles spécialisées.

Contact avec les personnes suspectées d'être infectées par la MVE.

4.3.1 VERT : Situation normale

THEME 1 : LES FUNERAILLES ET RITES FUNERAIRES

Comportement prioritaire : Adoption des mesures d'hygiène dans l'entourage du défunt.

Cibles primaires

1. Chefs de Ménage/Famille
2. Populations des zones à risque
3. Thanatopracteur,
4. Morguier
5. Personnel de santé
6. Praticiens de la médecine traditionnelle.

Cibles secondaires

1. Leaders Communautaires et Religieux
2. Autorité Administratives, Sanitaires et Politiques
3. Professionnels des Medias.

Objectifs de communication

1. 100% des cibles ont une bonne connaissance (connaissances de la définition signes de la maladie, connaissance des modes de transmission, connaissance des moyens de prévention) sur la MVE
2. 80% des cibles ont amélioré leurs perceptions des risques liés à la manipulation des corps
3. 40% des cibles adoptent des comportements à moindre risques liés aux pratiques funéraires.

Éléments du message (faits essentiels, actions, bénéfiques)

Faits essentiels

1. S'informer sur les signes, les modes de transmissions et les mesures préventives)
2. Se laver les mains au savon et à l'eau propre qui coule ou à l'eau javellisée à 0.05%
3. Porter des gants et des tenues de protection adaptés
4. Utiliser de l'eau javellisée à 0.5% pour désinfecter les maisons et les effets vestimentaires du défunt.

Actions

1. Bien connaître les signes, les modes de transmissions et les mesures préventives
2. Se laver systématiquement les mains à l'eau propre qui coule et au savon avant et après tout acte funéraire
3. Maitriser la dilution et l'utilisation de l'eau de javel/chlore à 0.5 pour la désinfection de la maison et des effets vestimentaires du défunt
4. Porter des gants et des tenues de protection adaptés.

Bénéfice

J'évite la MVE et toute autre maladie des mains sales si je peux reconnaître les signes, les modes de transmissions et pratiquer les mesures préventives.

THÈME 2 : CONTACT AVEC LES ANIMAUX DE BROUSSE

Comportement prioritaire : Ne pas manipuler les animaux retrouvés morts

Cibles primaires

1. Chef de ménage
2. Tenanciers de maquis
3. Commerçants de viande de brousse
4. Chasseurs

5. Cultivateurs
6. Transporteurs (chauffeur, apprenti, chargeur)
7. Agents des eaux et forêts / Douaniers.

Cibles secondaires

1. Responsables de Syndicats des transporteurs
2. Leaders d'opinion et leaders religieux
3. Responsables eaux et forêt et douanes (Directeurs Régionaux, Directeurs Départementaux)
4. Leaders syndicaux des organisations corporatistes (eaux et forêt et douane).

Objectifs de communication

1. 100% des tenanciers de maquis, commerçants de viande de brousse, chasseurs et responsables des syndicats de transporteurs ont des connaissances sur la MVE (signes, modes de transmission et les mesures de prévention)
2. 70% des tenanciers de maquis, commerçants de viande de brousse, chasseurs et responsables des syndicats de transporteurs améliorent leurs perceptions du risque liés à la MVE
3. 50% des tenanciers de maquis, commerçants de viande de brousse, chasseurs et responsables des syndicats de transporteurs adoptent des comportements à moindres risques liés aux contacts avec les animaux de brousse.

Éléments du message (faits essentiels, action, bénéfice)

Faits essentiels

1. La MVE se transmet par contact avec les animaux de brousse
2. La manipulation et le transport des animaux retrouvés morts exposent au risque de la MVE.

Actions

Observance des mesures de prévention.

Bénéfice

A l'abri de la contamination.

THEME 3 : LE LAVAGE DES MAINS

Comportement prioritaire 1: Pratiquer le lavage des mains aux moments clés.

Cibles primaires

1. Population générale.

Cibles secondaires

1. Chef de ménage
2. Elèves et étudiants
3. Enseignants

4. Chefs d'établissement
5. Leaders communautaire et religieux
6. Professionnels des médias.

Objectifs de communication

1. 80% de la population se lavent correctement et systématiquement les mains aux moments clés (avant le repas, après les toilettes etc.)
2. 80% des ménages disposent de matériel de lavage des mains.
3. 80% des chefs de ménage se lavent correctement et systématiquement les mains aux moments clés (avant le repas, après les toilettes etc.)
4. 80% des établissements disposent de matériel de lavage des mains.
5. 80% des élèves, étudiants, enseignants, leaders religieux, chefs de communauté se lavent correctement et systématiquement les mains aux moments clés (avant le repas, après les toilettes etc.).

Éléments du message (faits essentiels, action, bénéfice)

Faits essentiels

1. Après les toilettes, les selles peuvent rester sur les mains
2. Se laver les mains avec de l'eau simplement n'élimine pas les saletés et les microbes
3. Risque de consommer les saletés (selles, les microbes etc.)
4. L'odeur persiste sur les mains après les selles
5. Le chef de ménage est responsable de l'hygiène dans le ménage
6. Le chef de ménage est responsable de l'éducation des enfants
7. Le chef de ménage est la première conseillère du chef de famille
8. La disponibilité du matériel du lavage des mains incite à la pratique.

Actions

1. Se laver correctement et systématiquement les mains avec de l'eau propre qui coule et savon ou de la cendre aux moments clés
2. Rendre disponible le matériel de lavage des mains pour les moments clés.

Bénéfice

1. Être à l'abri de la contamination de l'Ebola et toutes autres maladies des mains sales
2. Ma famille économise de l'argent car nous évitons les maladies des mains sales.

Comportement prioritaire 2 : Se laver les mains avant et après chaque soin.

Cibles primaires

1. Le personnel de santé.

Objectif de communication

1. 100% du personnel de santé se lave les mains avant et après chaque soin
2. 100% des établissements sanitaires disposent de matériel de lavage des mains.

Éléments du message (faits essentiels, action, bénéfice)

Faits essentiels

1. Risque de contamination après un contact manuel avec tout malade
2. Risque de propagation d'une maladie manu porté.

Actions

1. Se laver les mains avant et après chaque soin
2. Mettre à disposition le matériel de lavage des mains.

Bénéfice

1. Je suis protégé des maladies manu portées
2. Je protège mes patients des maladies manu portées.

THÈME 4 : CONTACT AVEC LE MALADE PRÉSENTANT LES SIGNES ÉVOCATEURS DE LA MVE

Comportement prioritaire 1: Adoption des mesures d'hygiène dans l'entourage du malade.

Cible primaire

1. Population générale
2. Professionnel de la santé
3. Praticien de la médecine traditionnelle.

Cibles secondaires

1. Leaders Communautaires et Religieux
2. Autorité Administratives, Sanitaires et Politiques
3. Professionnels des Médias.

Objectifs de communication

1. 80% des cibles ont une bonne connaissance sur les bonnes pratiques d'hygiène en matière de MVE
2. 70% des cibles ont amélioré leurs perceptions des risques liés au contact direct avec les malades
3. 60% des cibles adoptent des comportements à moindres risques liés au contact direct avec les malades.

Éléments du message (faits essentiels, actions, bénéfiques)

Faits essentiels

1. S'informer sur les risques liés au contact avec tout malade présentant une fièvre accompagnée de saignement
2. Se laver les mains à l'eau propre qui coule et au savon / cendre et ou à l'eau javellisée à 0.05% après tout contact avec un malade
3. Porter des gants et des tenues de protection adaptés avant tout acte médical
4. S'informer sur les risques liés au manque d'hygiène
5. S'informer sur la MVE et toute autre maladie manu portée
6. Utiliser de l'eau javellisée à 0.5% pour désinfecter les maisons et les effets vestimentaires du malade.

Actions

1. Bien connaître les signes, les modes de transmissions et les mesures préventives
2. Se laver systématiquement les mains à l'eau propre qui coule et au savon après tout contact avec un malade
3. Maitriser la dilution et l'utilisation de l'eau de javel/chlore à 0.5 pour la désinfection de la maison et des effets vestimentaires du malade
4. Porter des gants et des tenues de protection adaptés pour les actes médicaux
5. Désinfecter les locaux hospitaliers/centres de soins de médecine traditionnelle avec de l'eau de javel/chlore à 0.5.

Bénéfice

J'évite la propagation de la maladie dans ma communauté

J'évite les infections nosocomiales.

4.3.2 ORANGE : Alerte

THÈME 1 : LES FUNÉRAILLES ET RITES FUNÉRAIRES

Comportement prioritaire: Adoption des mesures d'hygiène dans l'entourage du défunt.

Cibles primaires

1. Chefs de Ménage/Famille
2. Populations des zones à risque
3. Thanatopracteur,
4. Morguier,
5. Personnel de santé,
6. Praticiens de la médecine traditionnelle.

Cibles secondaires

1. Leaders Communautaires et Religieux
2. Autorités Administratives, Sanitaires et Politiques
3. Professionnels des Medias.

Objectifs de communication

1. 100% des cibles ont une bonne connaissance (connaissances de la définition signes de la maladie, connaissance des modes de transmission, connaissance des moyens de prévention) sur la MVE
2. 90% des cibles ont amélioré leurs perceptions des risques liés à la manipulation des corps
3. 60% des cibles adoptent des comportements à moindres risques liés aux pratiques funéraires.

Éléments du message (faits essentiels, actions, bénéfiques)

Faits essentiels

1. Connaître les signes, les modes de transmissions et les mesures préventives
2. Se laver les mains au savon et à l'eau propre qui coule
3. Porter des gants adaptés pour tout contact avec le défunt
4. Utiliser de l'eau javellisée pour désinfecter les maisons et effets vestimentaires du défunt
5. Restreindre le contact avec le corps au thanatopracteur
6. Réduire les manipulations et le temps d'exposition des corps.

Actions

1. Bien connaître les signes, les modes de transmissions et les mesures préventives
2. Se laver systématiquement les mains à l'eau propre qui coule et au savon avant et après tout acte funéraire
3. Maitriser l'utilisation de la dilution de l'eau de javel/chlore à 0.5 pour la désinfection de la maison et des effets vestimentaires du défunt
4. Restreindre le contact avec le corps au thanatopracteur
5. Réduire les manipulations et le temps d'exposition des corps.

Bénéfice

J'évite la MVE et toute autre maladie des mains sales si je peux reconnaître les signes, les modes de transmissions et pratiquer les mesures préventives.

THÈME 2 : CONTACT AVEC LES ANIMAUX DE BROUSSE

Comportement prioritaire : Ne pas manipuler, transporter, commercialiser ou consommer la viande de brousse.

Cibles primaires

1. Chef de ménage
2. Tenanciers de maquis
3. Commerçants de viande de brousse
4. Chasseurs
5. Cultivateurs
6. Transporteurs (chauffeur, apprenti, chargeur)
7. Agents des eaux et forêts / Douaniers.

Cibles secondaires

1. Responsables de Syndicats des transporteurs
2. Leaders d'opinion et leaders religieux
3. Responsables eaux et forêt et douanes (Directeurs Régionaux, Directeurs Départementaux)
4. Leaders syndicaux des organisations corporatistes (eaux et forêt et douane).

Objectifs de communication

1. 100% des tenanciers de maquis, commerçants de viande de brousse, chasseurs et responsables des syndicats de transporteurs ont des connaissances sur la MVE (signes, modes de transmission et les mesures de prévention)
2. 70% des tenanciers de maquis, commerçants de viande de brousse, chasseurs et responsables des syndicats de transporteurs améliorent leurs perceptions du risque liés à la MVE
3. 40% des tenanciers de maquis, commerçants de viande de brousse, chasseurs et responsables des syndicats de transporteurs adoptent des comportements à moindres risques liés aux contacts avec les animaux de brousse.

Éléments du message (faits essentiels, action, bénéfique)

Faits essentiels

1. La MVE se transmet par contact avec les animaux de brousse
2. La manipulation et le transport des animaux retrouvés morts exposent au risque de la MVE.

Actions

1. Observer les mesures de prévention
2. Substituer le poisson et les autres animaux d'élevage à la viande de brousse dans les restaurants et maquis
3. Se reconvertir dans d'autres activités
4. Interdire le transport de la viande de brousse

5. Informer les autorités en cas de sollicitation de transporter la viande de brousse
6. Signaler aux autorités les points de vente et de consommation de viande de brousse.

Bénéfice

A l'abri de la contamination.

THÈME 3 : LE LAVAGE DES MAINS

Comportement prioritaire : Pratiquer systématiquement le lavage des mains aux moments clés.

Cibles primaires

1. Population générale
2. Le personnel de santé.

Cibles secondaires

1. Chef de ménage
2. Elèves et étudiants
3. Enseignants
4. Chefs d'établissements
5. Leaders communautaires et religieux
6. Professionnels des médias.

Objectifs de communication

1. 90% de la population se lavent correctement et systématiquement les mains aux moments clés (avant le repas, après les toilettes etc.) 100% du personnel de santé se lave les mains avant et après chaque soin
2. 90% des ménages disposent de matériel de lavage des mains
3. 90% des chefs de ménage se lavent correctement et systématiquement les mains aux moments clés (avant le repas, après les toilettes etc.)
4. 90% des établissements disposent de matériel de lavage des mains
5. 90% des élèves, étudiants, enseignants, leaders religieux, chefs de communauté se lavent correctement et systématiquement les mains aux moments clés (avant le repas, après les toilettes etc.).

Éléments du message (faits essentiels, action, bénéfique)

Faits essentiels

1. Après les toilettes, les selles peuvent rester sur les mains
2. Se laver les mains avec de l'eau simplement n'élimine pas les saletés et les microbes
3. Risque de consommer les saletés (selles, les microbes etc.)
4. L'odeur persiste sur les mains après les selles

5. Le chef de ménage est responsable de l'hygiène dans le ménage
6. Le chef de ménage est responsable de l'éducation des enfants
7. Le chef de ménage est la première conseillère du chef de famille
8. La disponibilité du matériel du lavage des mains incite à la pratique
9. Risque de contamination après un contact manuel avec tout malade
10. Risque de propagation d'une maladie manu porté.

Actions

1. Se laver correctement et systématiquement les mains avec de l'eau propre qui coule et savon ou de la cendre aux moments clés
2. Rendre disponible le matériel de lavage des mains pour les moments clés
3. Se laver les mains avant et après chaque soin
4. Mettre à disposition le matériel de lavage des mains.

Bénéfice

1. Etre à l'abri de la contamination de l'Ebola et toutes autres maladies des mains sales
2. Ma famille économise de l'argent car nous évitons les maladies des mains sales
3. Je protège mes patients des maladies manu portées.

THÈME 4 : CONTACT AVEC LE MALADE PRÉSENTANT LES SIGNES ÉVOQUEUR DE LA MVE

Comportement prioritaire: Adoption des mesures d'hygiène dans l'entourage du malade.

Cibles primaires

1. Population générale
2. Professionnel de la santé
3. Praticien de la médecine traditionnelle
4. Transporteurs
5. Corps habillés

Cibles secondaires

1. Leaders Communautaires et Religieux
2. Autorités Administratives, Sanitaires et Politiques
3. Professionnels des Medias.

Objectifs de communication

1. 90% des cibles ont une bonne connaissance sur les bonnes pratiques d'hygiène en matière de MVE
2. 80% des cibles ont amélioré leurs perceptions des risques liés au contact direct avec les malades

3. 60% des cibles adoptent des comportements à moindre risques liés au contact direct avec les malades.

Éléments du message (faits essentiels, actions, bénéfiques)

Faits essentiels

1. Connaître les signes, les modes de transmissions et les mesures préventives sur la MVE
2. Se laver les mains à l'eau propre qui coule et au savon / cendre ou à l'eau javellisée à 0.05% après tout contact avec un malade
3. Porter des gants et des tenues de protection adaptés avant tout acte médical
4. Connaître les risques liés au manque d'hygiène
5. Utiliser de l'eau javellisée pour désinfecter les maisons et effets vestimentaires du malade
6. Porter des gants et utiliser de l'eau javellisée pour le nettoyage des liquides biologiques du malade.

Actions

1. Bien connaître les signes, les modes de transmissions et les mesures préventives de la MVE
2. Se laver systématiquement les mains à l'eau propre qui coule et au savon avant et après tout contact avec un malade
3. Maîtriser la dilution et l'utilisation de l'eau de javel/chlore à 0.5% pour la désinfection de la maison et des effets vestimentaires du malade
4. Porter des gants et des tenues de protection adaptés pour tous actes médicaux
5. Désinfecter les locaux hospitaliers/centres de soins de médecine traditionnelle avec de l'eau de javel/chlore à 0.5
6. Porter des gants et utiliser de l'eau javellisée pour le nettoyage des liquides biologiques du malade.

Bénéfice

J'évite la propagation de la maladie dans ma communauté
J'évite les infections nosocomiales.

4.3.1 ROUGE : Crise

THÈME 1 : LES FUNÉRAILLES ET RITES FUNÉRAIRES

Comportement prioritaire: Application systématique des mesures d'hygiène dans l'entourage du défunt.

Cibles primaires

1. Chefs de Ménage/Famille
2. Populations des zones à risque
3. Thanatopracteur,
4. Morguier,
5. Personnel de santé,
6. Praticiens de la médecine traditionnelle.

Cibles secondaires

1. Leaders Communautaires et Religieux
2. Autorités Administratives, Sanitaires et Politiques
3. Professionnels des Medias.

Objectifs de communication

1. 100% des cibles ont une bonne connaissance (connaissances de la définition signes de la maladie, connaissance des modes de transmission, connaissance des moyens de prévention) sur la MVE
2. 95% des cibles ont amélioré leurs perceptions des risques liés à la manipulation des corps
3. 80% des cibles adoptent des comportements à moindres risques liés aux pratiques funéraires.

Éléments du message (faits essentiels, actions, bénéfiques)

Faits essentiels

1. Connaître les signes, les modes de transmissions et les mesures préventives
2. Se laver les mains au savon et à l'eau propre qui coule
3. Utiliser de l'eau javellisée pour désinfecter les maisons et effets vestimentaires du défunt
4. Interdire tout contact avec le défunt
5. Faire appel à l'équipe d'enterrement sécurisé.

Actions

1. Bien connaître les signes, les modes de transmissions et les mesures préventives
2. Interdire formellement de toucher aux corps des défunts
3. Ne pas manipuler les effets vestimentaires du défunt
4. Eviter toute exposition de cadavre
5. Se laver systématiquement les mains à l'eau propre qui coule et au savon avant et après tout acte funéraire
6. Utiliser systématiquement de l'eau javellisée pour la désinfecter les maisons et effets vestimentaires du défunt
7. Appeler les lignes vertes ou l'équipe d'enterrement sécurisée pour le corps du défunt.

Bénéfices

1. J'évite la MVE et toute autre maladie des mains sales si je peux reconnaître les signes, les modes de transmissions et j'applique les mesures préventives.
2. Je ne propage pas la MVE et toute autre maladie des mains sales dans ma communauté pour sauver des vies
3. Je protège ma famille, ma communauté et mon pays.

THÈME 2 : CONTACT AVEC LES ANIMAUX DE BROUSSE

Comportement prioritaire : Ne pas manipuler, transporter, commercialiser ou consommer la viande de brousse

Cibles primaires

1. Chefs de ménage
2. Tenanciers de maquis
3. Commerçants de viande de brousse
4. Chasseurs
5. Paysans
6. Transporteurs (chauffeur, apprenti, chargeur)
7. Agents des eaux et forêts / Douaniers
8. Praticiens de Médecine Traditionnelle.

Cibles secondaires

1. Responsables Syndicaux (transporteurs, eaux et forêt, Douane, vivriers, etc...)
2. Leaders d'opinion et leaders religieux
3. Responsables eaux et forêt et douanes (Directeurs Régionaux, Directeurs Départementaux).

Objectifs de communication

1. 100% des tenanciers de maquis, commerçants de viande de brousse, chasseurs et responsables des syndicats de transporteurs ont des connaissances sur la MVE (signes, modes de transmission et les mesures de prévention)
2. 90% des tenanciers de maquis, commerçants de viande de brousse, chasseurs et responsables des syndicats de transporteurs améliorent leurs perceptions du risque liés à la MVE
3. 80% des tenanciers de maquis, commerçants de viande de brousse, chasseurs et responsables des syndicats de transporteurs adoptent des comportements à moindres risques liés aux contacts avec les animaux de brousse.

Éléments du message (faits essentiels, action, bénéfice)

Faits essentiels

1. La MVE se transmet par contact avec les animaux de brousse
2. La manipulation et le transport des animaux retrouvés morts exposent au risque de la MVE.

Actions

1. Observer les mesures de prévention
2. Substituer le poisson et les autres animaux d'élevage à la viande de brousse dans les restaurants et maquis
3. Se reconvertir dans d'autres activités
4. Interdire le transport de la viande de brousse
5. Informer les autorités en cas de sollicitation de transporter la viande de brousse
6. Signaler aux autorités les points de vente et de consommation de viande de brousse.

Bénéfice

A l'abri de la contamination.

THÈME 3 : LE LAVAGE DES MAINS

Comportement prioritaire: Pratiquer systématiquement le lavage des mains au-delà des moments clés avec de l'eau qui coule et du savon de la cendre.

Cibles primaires

1. Population générale
2. Le personnel de santé.

Cibles secondaires

1. Chef de ménage
2. Elèves et étudiants
3. Enseignants
4. Chefs d'établissement
5. Leaders communautaire et religieux
6. Professionnels des médias.

Objectifs de communication

1. 100% de la population se lavent correctement et systématiquement les mains aux moments clés (avant le repas, après les toilettes etc.)
2. 100% du personnel de santé se lave les mains avant et après chaque soin
3. 100% des ménages disposent de matériel de lavage des mains.
4. 100% des chefs de ménage se lavent correctement et systématiquement les mains aux moments clés (avant le repas, après les toilettes

etc.)

5. 100% des établissements disposent de matériel de lavage des mains.
6. 100% des élèves, étudiants, enseignants, leaders religieux, chefs de communauté se lavent correctement et systématiquement les mains aux moments clés (avant le repas, après les toilettes etc.).

Éléments du message (faits essentiels, action, bénéfice)

Faits essentiels

1. Risque de contamination élevée après un contact manuel avec un malade de la MVE et toutes autres maladies des mains sales
2. Risque de propagation élevé de la MVE et toutes autres maladies des mains sales dans la communauté par les mains souillées
3. Le chef de ménage est responsable de l'hygiène dans le ménage
4. Le chef de ménage est responsable de l'éducation des enfants
5. Le chef de ménage est la première conseillère du chef de famille
6. La disponibilité du matériel du lavage des mains incite à la pratique
7. Risque de propagation élevé de la MVE et toutes autres maladies des mains sales en milieu scolaire et universitaire à partir des mains souillées
8. Les élèves et les étudiants peuvent être des relais en matière de sensibilisation sur la MVE dans les familles et dans les communautés.

Actions

1. Se laver fréquemment et correctement les mains avec du savon/cendre et de l'eau propre non souillée après tout contact manuel (suspect)
2. Rendre disponible le matériel de lavage des mains de manière permanente dans les ménages, établissements scolaires et universitaires et dans les lieux recevant du public (gares routières, marchés, lieux de culte, les stades de sport etc...)

Bénéfice

1. Je me protège contre la MVE et toutes autres maladies des mains sales
2. J'évite de propager la MVE et toutes autres maladies des mains sales.

THÈME 4 : CONTACT AVEC LE MALADE PRÉSENTANT LES SIGNES ÉVOCATEUR DE LA MVE

Comportement prioritaire :

- 1. Adoption des mesures d'hygiène dans l'entourage du malade.**
- 2. Conduire immédiatement et systématiquement tout malade dans le centre de santé le plus proche.**

Cibles primaires

1. Le malade / Le survivant et Entourage du malade de la MVE (Le conjoint/conjointe du malade, les membres de la famille, amis et autre proches)
2. Les Professionnelles de la santé /Les praticiens de la médecine traditionnelle
3. Toute la population générale
4. Les Corps habillés et les transporteurs.

Cibles secondaires

1. Leaders Communautaires et Religieux
2. Autorités Administratives, Sanitaires et Politiques
3. Professionnels des Medias.

Objectifs de communication

1. 100% des cibles ont une bonne connaissance sur les bonnes pratiques d'hygiène en matière de MVE
2. 100% des cibles ont amélioré leurs perceptions des risques liés au contact direct avec les malades
3. 95% des cibles adoptent des comportements à moindres risques liés au contact direct avec les malades.

Éléments du message (faits essentiels, actions, bénéfices)

Faits essentiels

1. Connaître les signes, les modes de transmissions et les mesures préventives sur la MVE
2. Conduire immédiatement toute personne présentant une fièvre dans le centre de santé le plus proche
3. Se laver immédiatement et systématiquement les mains à l'eau propre qui coule et au savon / cendre avant et après tout contact avec un malade
4. Porter systématiquement des gants et des tenues de protection adaptés avant tout acte médical
5. Connaître les risques liés au manque d'hygiène
6. Utiliser de l'eau javellisée à 0.5% pour désinfecter les maisons et effets vestimentaires du malade
7. Porter des gants et utiliser de l'eau javellisée pour

- le nettoyage des liquides biologiques du malade
8. Eviter tout contact avec le malade
9. S'abstenir ou utiliser les préservatifs pour tout rapport sexuel avec un survivant de la MVE durant la période prescrite par le médecin
10. Informer les autorités sanitaires ou les lignes vertes pour tout malade présentant une fièvre avec saignement.

Actions

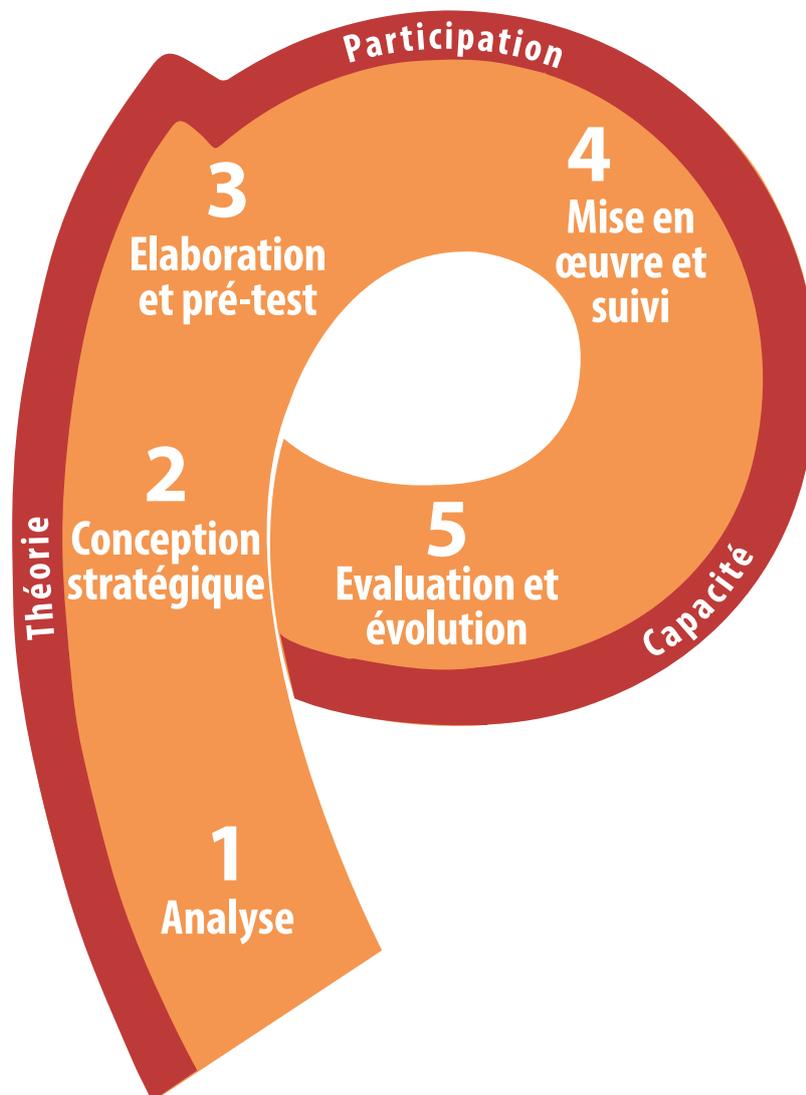
1. Mettre en pratique les mesures préventives sur la MVE
2. Conduire immédiatement toute personne présentant une fièvre dans le centre de santé le plus proche
3. Se laver immédiatement et systématiquement les mains à l'eau propre qui coule et au savon / cendre avant et après tout contact avec un malade
4. Porter systématiquement des gants et des tenues de protection adaptés avant tout acte médical
5. Utiliser de l'eau javellisée à 0.5% pour désinfecter les maisons et effets vestimentaires du malade
6. Porter des gants et utiliser de l'eau javellisée pour le nettoyage des liquides biologiques du malade
7. Ne pas toucher tout malade présentant une fièvre accompagnée de saignement
8. S'abstenir ou utiliser les préservatifs pour tout rapport sexuel avec un survivant de la MVE durant la période prescrite par le médecin
9. Informer les autorités sanitaires ou les lignes vertes pour tout malade présentant une fièvre avec saignement.

Bénéfices

1. J'évite la propagation de la maladie dans ma communauté
2. J'évite les infections nosocomiales je sauve ma vie en allant rapidement à l'hôpital
3. Je sauve des vies en assurant une prise en charge correcte des malades.

Annexes

Annexe 1 : Processus P



Etape 1 : Analyse

Etape 2 : Conception stratégique

Etape 3 : Elaboration pré-test

Etape 4 : Mise en œuvre et suivi

Etape 5 : Evaluation et reprogrammation

Annexe 2 : Base de données pour la CCSC

THEME 1: LES FUNERAILLES ET RITES FUNERAIRES

PHASE PRE-EPIDEMIE : LES FUNERAILLES ET RITES FUNERAIRES

A : ABSENCE DE CAS DANS LE MONDE

B : ABSENCE DE CAS CHEZ LE VOISIN

C : CAS CHEZ LE VOISIN

CIBLES	COMPORTEMENTS SOUHAITES	BARRIERES AU CHANGEMENT	FACTEURS FAVORISANTS	OBJECTIFS DE COMMUNICATION
CIBLES PRIMAIRES				
(A-B) CHEF DE MENAGE/ CHEF DE FAMILLE	<ul style="list-style-type: none"> Ne pas toucher le corps et l'interdire aux autres membres de la famille Appeler les pompes funèbres Appeler les thanatopracteurs Laver des mains avec du savon et de l'eau qui coule Eviter d'exposer les corps en cas de mort suspect Adopter les mesures d'hygiène dans l'entourage du défunt Enterrement rapide du corps 	<ul style="list-style-type: none"> Insuffisance de connaissance sur la MVE Déni des risques liés aux pratiques funéraires Méconnaissance des mesures d'hygiène Attachement aux valeurs culturelles 	<ul style="list-style-type: none"> Connaissance générale sur la MVE Existence de rites funéraires alternatifs sécurisés Disponibilité du mécanisme de prise en charge des cas 	<ul style="list-style-type: none"> 100% des chefs de ménage et de famille ont une bonne connaissance sur la MVE la perception des risques liés aux pratiques funéraires des chefs ménage s'est accrue de 46,6% à 80%
(A-B) THANATOPRACTEURS/ MORGUIERS/ RESPONSABLE DE MORGUE	<ul style="list-style-type: none"> Manipuler les corps selon les mesures d'hygiène (port de gants et blouse + lavage des mains) Veiller au respect des mesures d'hygiène (port de gants et blouse + lavage des mains) Mettre à disposition le matériel de protection (gants, blouse) et de lavage des mains 	<ul style="list-style-type: none"> Insuffisance de connaissance sur la MVE Déni des risques liés aux pratiques funéraires Méconnaissance des mesures d'hygiène Insuffisance de revenus pour acquérir le matériel Manque à gagner sur le plan financier Attachement aux valeurs traditionnelles (rites funéraires) 	<ul style="list-style-type: none"> Existence d'organisations corporatistes Disposition au port de gants et blouse + lavage des mains Existence du dispositif de lavage des mains dans certaines zone en milieu urbain Connaissance générale sur la MVE 	<ul style="list-style-type: none"> D'ici 2021, 100% les thanatopracteurs, morguiers, responsables des morgues, ont une bonne connaissance sur la MVE D'ici 2021, 80% les thanatopracteurs, morguiers, responsables des morgues ont amélioré leur perception des risques liés à la manipulation des corps. D'ici 2021, 60% les thanatopracteurs, morguiers, responsables des morgues adoptent des comportements à moins risque dans la manipulation des corps quelque soit la cause du décès

CIBLES	COMPORTEMENTS SOUHAITES	BARRIERES AU CHANGEMENT	FACTEURS FAVORISANTS	OBJECTIFS DE COMMUNICATION
CIBLES PRIMAIRES				
(A-B) PROFESSIONNELS DE LA SANTE	<ul style="list-style-type: none"> Porter des gants et blouses pour chaque acte médical Se laver régulièrement les mains après chaque acte médical Faire la promotion du respect des mesures d'hygiène 	<ul style="list-style-type: none"> Insuffisance du matériel de protection et d'hygiène Faible niveau de connaissance des mesures d'hygiène Négligence des mesures d'hygiène hospitalières 	<ul style="list-style-type: none"> Existence d'une formation de base en matière d'hygiène Disponibilité du matériel de protection et d'hygiène 	<ul style="list-style-type: none"> D'ici 2021, 100% des professionnels de la santé, ont une bonne connaissance sur la MVE D'ici 2021, 80% des professionnels de la santé appliquent les mesures de protection et d'hygiène D'ici 2021, 80% des professionnels de la santé communiquent des informations pertinentes et détaillées aux populations sur les mesures d'hygiène
(A-B) PRATICIENS DE LA MEDECINE TRADITIONNELLE	<ul style="list-style-type: none"> Porter des gants et des tenues de travail pour tout contact avec des cadavres Se laver régulièrement les mains après tout contact avec des cadavres Respecter les mesures d'Hygiène Faire la promotion des mesures d'hygiène 	<ul style="list-style-type: none"> Insuffisance de connaissance sur la MVE Déni des risques liés aux traitements des corps pour les décès qui surviennent dans leurs centres Méconnaissance des mesures d'hygiène Insuffisance de revenus pour acquérir le matériel Attachement aux valeurs traditionnelles (rites funéraires) 	<ul style="list-style-type: none"> Existence d'organisations corporatistes Disposition au port de gants et blouses Disposition au lavage des mains Existence de texte de Loi Connaissance générale sur la MVE Disponibilité du matériel de protection et d'hygiène 	<ul style="list-style-type: none"> D'ici 2021, 100% les PMT, ont une bonne connaissance sur la MVE D'ici 2021, 60% PMT ont amélioré leur perception des risques liés à la manipulation des corps. D'ici 2021, 50% les PMT adoptent des comportements à moins risque dans la manipulation des corps quelque soit la cause du décès
(C) POPULATIONS DES ZONES A RISQUES	<ul style="list-style-type: none"> Eviter d'exposer les corps Eviter la location des tenues funéraires Incinérer les objets liés aux pratiques funéraires (nattes, draps ...) Eviter les contacts physiques (salutations, etc...) 	<ul style="list-style-type: none"> Manque de connaissance sur la MVE Déni des risques liés aux pratiques funéraires Méconnaissance des mesures d'hygiène Attachement aux valeurs culturelles à risques liées aux rites funéraires Stigmatisation et discrimination des personnes qui respecteraient les comportements souhaités 	<ul style="list-style-type: none"> Connaissance générale sur la MVE Existence de rites funéraires alternatifs sécurisés 	<ul style="list-style-type: none"> 100% des populations des zones à risque ont une bonne connaissance sur la MVE 70% des populations des zones à risque ont amélioré leur perception des risques liés aux pratiques funéraires 50% les des populations des zones à risque adoptent des comportements à moindre risques dans la pratique des rites funéraires quelque soit la cause du décès

CIBLES	COMPORTEMENTS SOUHAITES	BARRIERES AU CHANGEMENT	FACTEURS FAVORISANTS	OBJECTIFS DE COMMUNICATION
CIBLES SECONDAIRES				
(A-B) LEADERS RELIGIEUX/ LEADERS COMMUNAUTAIRES/ AUTORITES ADMINISTRATIVES, SANITAIRES ET POLITIQUES/ PROFESSIONNELS DES MEDIAS	<ul style="list-style-type: none"> Faire la promotion des mesures d'hygiène Faire la promotion des comportements souhaités 	<ul style="list-style-type: none"> Manque de connaissances sur les mesures d'hygiène Pratiques culturelles et religieuses à risques Attachement aux valeurs culturelles et certaines croyances associées aux rites funéraires Non reconnaissance de l'autorité établie 	<ul style="list-style-type: none"> Connaissance générale sur la MVE Leadership affirmé Existence d'organisations corporatistes 	<ul style="list-style-type: none"> D'ici 2021, 100% des leaders et responsables ont une bonne connaissance sur la MVE D'ici 2021, 80% des leaders et responsables sont capables de fournir des informations pertinentes et détaillées aux populations D'ici 2021, 50% des leaders et responsables encouragent les populations à adopter des pratiques funéraires à moindre risque

PHASE EPIDEMIQUE : LES FUNERAILLES ET RITES FUNERAIRES

CIBLES	COMPORTEMENTS SOUHAITES	BARRIERES AU CHANGEMENT	FACTEURS FAVORISANTS	OBJECTIFS DE COMMUNICATION
CIBLES PRIMAIRES				
CHEF DE MENAGE/ CHEF DE FAMILLE	<ul style="list-style-type: none"> Ne pas toucher aux corps des défunts Eviter toute exposition de corps Appeler les lignes vertes /ou informer les autorités sanitaires de votre localité (IDE / Comité de veille) Respecter et faire respecter le périmètre de sécurité 	<ul style="list-style-type: none"> Manque de connaissance sur la MVE Déni des risques liés aux pratiques funéraires Méconnaissance des mesures d'hygiène Attachement aux valeurs culturelles à risques associées aux rites funéraires Inaccessibilité au réseau téléphonique et dispositif d'appel téléphonique Lien affectif prononcé pour le défunt Sentiment d'exclusion à l'enterrement sécurisé 	<ul style="list-style-type: none"> Connaissance générale sur la MVE Leadership fort des leaders religieux Disposition à s'associer aux pratiques d'enterrement sécurisé et à l'investigation des cas Existence de structure faisant la prise en charge psycho social 	<ul style="list-style-type: none"> D'ici 2021, 100% des chefs de ménage et de famille ont une bonne connaissance sur la MVE D'ici 2021, 100% des leaders et responsables adoptent des pratiques funéraires à moindre risque D'ici 2021, la perception des risques liés aux pratiques funéraires des chefs ménage s'est accrue de 80% à 100%
THANATO- PRACTEURS/ MORGUIERS/ RESPONSABLES DE MORGUES	<ul style="list-style-type: none"> Ne pas toucher aux défunts Veiller au respect rigoureux des mesures prescrites Appeler les lignes vertes Informer les autorités sanitaires (IDE/ Comité de veille local) 	<ul style="list-style-type: none"> Manque de connaissances sur la MVE Déni des risques liés aux pratiques funéraires Méconnaissance des mesures d'hygiène Attachement aux valeurs culturelles à risque (rites funéraires) Manque à gagner sur le plan financier 	<ul style="list-style-type: none"> Existence de mesure d'accompagnement pour la reconversion Accompagnement psycho social Existence d'organisations corporatistes 	<ul style="list-style-type: none"> D'ici 2021, 100% des thanatopracteurs, morguiers, responsables des morgues, ont une bonne connaissance sur la MVE D'ici 2021, 100% des thanatopracteurs, morguiers, responsables des morgues ont amélioré leur perception des risques liés à la manipulation des corps. D'ici 2021, 95% des thanatopracteurs, morguiers, responsables des morgues adoptent des comportements à moins risque dans la manipulation des corps quelque soit la cause du décès

CIBLES	COMPORTEMENTS SOUHAITES	BARRIERES AU CHANGEMENT	FACTEURS FAVORISANTS	OBJECTIFS DE COMMUNICATION
CIBLES PRIMAIRES				
PROFESSIONNELS DE SANTE	<ul style="list-style-type: none"> Utiliser systématiquement le matériel de protection (blouses, de gants ...) Appeler l'équipe d'enterrement sécurisé Laisser le corps en isolement et respecter le périmètre de sécurité Ne plus toucher le corps après le constat du décès Veiller au respect par les populations des mesures prescrites 	<ul style="list-style-type: none"> Non-respect des mesures de protection, Insuffisance du matériel de protection Indisponibilité de l'équipe d'enterrement sécurisé Attachement aux valeurs culturelles à risques associées aux rites funéraires Peur d'être contaminés 	<ul style="list-style-type: none"> Disponibilité du matériel de protection Disponibilité de l'équipe d'enterrement sécurisé Existence de moyens de motivation des RH dédiées à la gestion de la MVE 	<ul style="list-style-type: none"> D'ici 2021, 100% les professionnels de la santé, ont une bonne connaissance sur la MVE D'ici 2021, 100% les professionnels de la santé adoptent les directives de sécurité prescrites D'ici 2021, 100% les professionnels de la santé influencent l'adoption des mesures préventives par les populations
PRATICIENS DE LA MEDECINE TRADITIONNELLE	<ul style="list-style-type: none"> Utiliser systématiquement le matériel de protection (tenue de travail, de gants ...) Appeler les lignes vertes / le comité local de veille / l'équipe d'enterrement sécurisé Ne pas toucher au défunt 	<ul style="list-style-type: none"> Insuffisance de revenus pour acquérir le matériel Insuffisance de connaissance sur la MVE 	<ul style="list-style-type: none"> Disponibilité du matériel de protection Existence d'organisations corporatistes Disposition au port de gants et blouse Disposition au lavage des mains Existence de texte de Loi Connaissance générale sur la MVE Disponibilité du matériel de protection et d'hygiène 	<ul style="list-style-type: none"> 100% des PMT, ont une bonne connaissance sur la MVE 100% PMT ont amélioré leur perception des risques liés à la manipulation des corps. 95% les PMT adoptent les mesures préventives
TOUTE LA POPULATION VIVANT EN CÔTE D'IVOIRE	<ul style="list-style-type: none"> En cas de décès, appeler les lignes vertes (143, ...) et/ ou saisir le comité Local de veille / Système d'alerte des District Aider à l'identification des sujets contacts Laisser le corps en isolement Respecter le périmètre de sécurité Respecter rigoureusement les mesures prescrites Signaler aux autorités sanitaires tous les cas de décès dans la communauté Eviter la location/ réutilisation / cession / prêts des objets (tenue, accessoires, ...) funéraires 	<ul style="list-style-type: none"> Absence de couverture du réseau téléphonique Attachement aux valeurs culturelles à risques associées aux rites funéraires Mauvaise perception des risques liés à la manipulation des corps Déni de la MVE Méconnaissance des mesures prescrites Inaccessibilité des lignes verte téléphonique 	<ul style="list-style-type: none"> Existence des comités de veille Existence de textes réglementant les pratiques funéraires Disponibilité des lignes vertes de la santé Existence d'un mécanisme d'accompagnement psychosocial 	<ul style="list-style-type: none"> 100% des populations des zones à risque ont une bonne connaissance sur la MVE 100% des populations des zones à risque ont amélioré leur perception des risques liés aux pratiques funéraires 100% des populations ivoiriennes adoptent les mesures prescrites par les autorités en matière de pratiques funéraires quelque soit la cause du décès

CIBLES	COMPORTEMENTS SOUHAITES	BARRIERES AU CHANGEMENT	FACTEURS FAVORISANTS	OBJECTIFS DE COMMUNICATION
CIBLES PRIMAIRES				
TRANSPORTEURS (CHAUFFEURS DE TRANSPORT EN COMMUN)	<ul style="list-style-type: none"> Ne pas transporter les cadavres Ne pas manipuler les cadavres en cas de décès survenant pendant le trajet Procéder à l'évacuation des passagers du véhicule Appeler les lignes vertes / Informer les autorités compétentes/Comité de veille local 	<ul style="list-style-type: none"> Méconnaissance des mesures préventives Déni de la MVE Appât du gain 	<ul style="list-style-type: none"> Connaissance générale sur la MVE Existence d'organisations corporatistes Disposition à s'associer aux activités de prévention Disponibilité du matériel de protection et d'hygiène 	<ul style="list-style-type: none"> D'ici 2021, 100% des transporteurs ont une bonne connaissance sur la MVE D'ici 2021, 100% des transporteurs respectent les mesures prescrites en matière de transport des corps
LEADERS RELIGIEUX/ LEADERS COMMUNAUTAIRES/ AUTORITES ADMINISTRATIVES, SANITAIRES ET POLITIQUES/ PROFESSIONNELS DES MEDIAS	<ul style="list-style-type: none"> Faire la promotion des mesures d'hygiène Faire la promotion des comportements souhaités Veiller au respect strict des mesures 	<ul style="list-style-type: none"> Manque de connaissances sur les mesures d'hygiène Pratiques culturelles et religieuses à risques Attachement aux valeurs culturelles à risques et certaines croyances associées aux rites funéraires La non reconnaissance de l'autorité établie 	<ul style="list-style-type: none"> Connaissance générale sur la MVE Leadership affirmé Existence d'organisations corporatistes Mesures de coercition 	<ul style="list-style-type: none"> 100% des leaders et responsables ont une bonne connaissance sur la MVE 100% des leaders et responsables communiquent des informations pertinentes sur la MVE aux populations 95% des leaders et responsables incitent les populations au respect des mesures préventives.

PHASE POST-EPIDEMIE : LES FUNERAILLES ET RITES FUNERAIRES

A : AVANT L'ANNONCE DE LA FIN DE L'EPIDEMIE PAR L'OMS

B : APRES L'ANNONCE DE LA FIN DE L'EPIDEMIE PAR L'OMS

CIBLES	COMPORTEMENTS SOUHAITES	BARRIERES AU CHANGEMENT	FACTEURS FAVORISANTS	OBJECTIFS DE COMMUNICATION
CIBLES PRIMAIRES				
(A) POPULATIONS DES ZONES A RISQUES/ TOUTE LA POPULATION VIVANT EN CÔTE D'IVOIRE	<ul style="list-style-type: none"> Continuer à éviter l'exposition des corps Continuer à éviter la location des tenues funéraires Continuer l'incinération des objets liés aux pratiques funéraires (nattes, draps ...) Continuer à éviter les contacts physiques (salutations, etc...) En cas de décès, toujours appeler les lignes vertes (143, ...) et/ ou saisir le comité Local de veille / Système d'alerte des District Poursuivre l'aide à l'identification des sujets contacts Laisser toujours le corps en isolement Continuer à respecter le périmètre de sécurité Continuer à respecter rigoureusement les mesures prescrites Continuer à signaler aux autorités sanitaires tous les cas de décès dans la communauté 	<ul style="list-style-type: none"> Insuffisance des connaissances sur la MVE Déni des risques liés aux pratiques funéraires Insuffisance de connaissance des mesures d'hygiène Attachement aux valeurs culturelles à risques associées aux rites funéraires Attachement à certaines croyances religieuses à risque 	<ul style="list-style-type: none"> Connaissance générale sur la MVE Existence de rites funéraires alternatifs sécurisés Disponibilité du mécanisme de prise en charge des cas 	<ul style="list-style-type: none"> 100% des populations des zones à risque ont amélioré leur perception des risques liés aux pratiques funéraires 100% les des populations des zones à risque adoptent des comportements à moindres risque dans la pratique des rites funéraire quelque soit la cause du décès

CIBLES	COMPORTEMENTS SOUHAITES	BARRIERES AU CHANGEMENT	FACTEURS FAVORISANTS	OBJECTIFS DE COMMUNICATION
CIBLES PRIMAIRES				
<p style="text-align: center;">(B) THANATO- PRACTEURS/ MORGUIERS / RESPONSABLE DE MORGUE</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Eviter toujours les pratiques traditionnelles à risques • Continuer à manipuler les cadavres de façon hygiénique (port de gants et blouse +lavage des mains) 	<ul style="list-style-type: none"> • Insuffisance des connaissances sur la MVE • Déni des risques liés aux pratiques funéraires • Insuffisance de connaissance des mesures d'hygiène • Attachement aux valeurs culturelles associées aux rites funéraires • Attachement à certaines croyances religieuses • Source de revenus (Appât du gain) 	<ul style="list-style-type: none"> • Existence d'organisations corporatistes • Disposition au port de gants et blouses +lavage des mains • Disponibilité du mécanisme de prise en charge des cas • Connaissance générale sur la MVE 	<ul style="list-style-type: none"> • 100% les thanatopracteurs, morguiers, responsables des morgues, ont une bonne connaissance sur la MVE • 100% les thanatopracteurs, morguiers, responsables des morgues ont amélioré leur perception des risques liés à la manipulation des corps. • 100% les thanatopracteurs, morguiers, responsables des morgues adoptent/ maintiennent des comportements à moindre risque dans la manipulation des ceps quelque soit la cause du décès
<p style="text-align: center;">(B) PROFESSIONNELS DE SANTE</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Poursuivre le port des gants et blouses pour chaque acte médical • Continuer le lavage régulier des mains après chaque acte médical • Continuer la promotion du respect des mesures d'hygiène • Continuer d'informer les populations sur la MVE 	<ul style="list-style-type: none"> • Insuffisance du matériel de protection et d'hygiène • Déni des risques liés aux actes médicaux, • Insuffisance des mesures d'hygiène destinées aux populations 	<ul style="list-style-type: none"> • Existence d'une formation de base en matière d'hygiène • Disponibilité du matériel de protection et d'hygiène 	<ul style="list-style-type: none"> • 100% des professionnels de la santé, ont une bonne connaissance sur la MVE • 100% des professionnels de la santé adoptent/maintiennent des comportements à moins risque dans l'exercice de leur fonction • 100% les professionnels de la santé fournissent des informations pertinentes et détaillées aux populations sur la MVE
<p style="text-align: center;">(B) PRATICIENS DE LA MEDECINE TRADITIONNELLE</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Continuer le port des gants et des tenues de travail pour tout contact avec des cadavres • Poursuivre le lavage régulier des mains pour tout contact avec des cadavres • Continuer le respect des mesures d'Hygiène • Poursuivre la promotion des mesures d'hygiène 	<ul style="list-style-type: none"> • Insuffisance de connaissance sur la MVE • Déni des risques liés aux traitements des corps pour les décès qui surviennent dans leurs centres • Méconnaissance des mesures d'hygiène • Insuffisance de revenus pour acquérir le matériel • Attachement aux valeurs traditionnelles (rites funéraires) 	<ul style="list-style-type: none"> • Existence d'organisations corporatistes • Disposition au port de gants et blouse • Disposition au lavage des mains • Existence de texte de Loi • Connaissance générale sur la MVE • Disponibilité du matériel de protection et d'hygiène 	<ul style="list-style-type: none"> • 100% les PMT, ont une bonne connaissance sur la MVE • 100% PMT ont amélioré leur perception des risques liés à la manipulation des corps. • 100% les PMT adoptent/ maintiennent des comportements à moindre risque dans l'exercice de leur activité

CIBLES	COMPORTEMENTS SOUHAITES	BARRIERES AU CHANGEMENT	FACTEURS FAVORISANTS	OBJECTIFS DE COMMUNICATION
CIBLES PRIMAIRES				
(B) LEADERS COMMUNAUTAIRES ET RELIGIEUX AUTORITES ADMINISTRATIVES, SANITAIRES ET POLITIQUES PROFESSIONNELS DES MEDIAS	<ul style="list-style-type: none"> Continuer de faire la promotion des mesures d'hygiène Poursuivre la promotion des comportements souhaités 	<ul style="list-style-type: none"> Manque de connaissances sur les mesures d'hygiène Pratiques culturelles et religieuses à risques Attachement aux valeurs culturelles et certaines croyances associées aux rites funéraires Non reconnaissance de l'autorité établie 	<ul style="list-style-type: none"> Connaissance générale sur la MVE Leadership affirmé Existence d'organisations corporatistes 	<ul style="list-style-type: none"> 100% des leaders et responsables ont une bonne connaissance sur la MVE 100% des leaders et responsables fournissent des informations pertinentes et détaillées aux populations sur les mesures d'hygiène liées aux rites funéraires 100% des leaders et responsables encouragent les populations à adopter des pratiques funéraires à moindre risque

THEME 2 : CONTACT AVEC LES ANIMAUX DE BROUSSE

PHASE PRE-EPIDEMIQUE : CONTACT AVEC LES ANIMAUX DE BROUSSE

A : ABSENCE DE CAS AU NIVEAU MONDIAL

B : ABSENCE DE CAS DANS LES PAYS LES VOISINS

C : CAS DANS LES PAYS VOISINS

CIBLES	COMPORTEMENTS SOUHAITES	BARRIERES AU CHANGEMENT	FACTEURS FAVORISANTS	OBJECTIFS DE COMMUNICATION
CIBLES PRIMAIRES				
(A-B) CHASSEURS	<ul style="list-style-type: none"> Connaître les modes de transmission de la MVE Ne pas manipuler les animaux trouvés déjà morts 	<ul style="list-style-type: none"> Insuffisance de connaissance sur la MVE Déni des risques liés à la manipulation des animaux de brousse Méconnaissance des mesures d'hygiène Attachement aux habitudes alimentaires à risques 	<ul style="list-style-type: none"> Connaissance générale sur la MVE Existence de mets de substitution sécurisés Disponibilité du mécanisme de gestion de la MVE 	<ul style="list-style-type: none"> 100% des chasseurs ont une bonne connaissance sur la MVE 70% des chasseurs améliorent leur perception des risques liés à la manipulation des animaux retrouvés morts 40% des chasseurs adoptent des comportements à moindre risque
(C) CHASSEURS	<ul style="list-style-type: none"> Connaître les modes de transmission de la MVE Ne pas chasser Ne pas manipuler les animaux trouvés déjà morts 	<ul style="list-style-type: none"> Attachement à l'identité sociale et culturelle Perte de revenu Insuffisance de connaissance sur la MVE Déni des risques liés à la manipulation des animaux de brousse Méconnaissance des mesures d'hygiène Attachement aux habitudes alimentaires à risques 	<ul style="list-style-type: none"> Connaissance générale sur la MVE Adhésion des leaders communautaires aux messages Existence de texte d'interdiction de la chasse. 	<ul style="list-style-type: none"> 100% des chasseurs connaissent le mode de transmission et les mesures de prévention de la MVE 80% des chasseurs améliorent leur perception des risques liés à la manipulation des animaux de brousse 60% des chasseurs se reconvertisent à d'autres AGR 80% des membres de la communauté reconnaissent et valorisent la reconversion du chasseur

CIBLES	COMPORTEMENTS SOUHAITES	BARRIERES AU CHANGEMENT	FACTEURS FAVORISANTS	OBJECTIFS DE COMMUNICATION
CIBLES PRIMAIRES				
(A-B) TRANSPORTEURS	<ul style="list-style-type: none"> Connaître les signes, les modes de transmission et mesures préventives de la MVE 	<ul style="list-style-type: none"> Insuffisance de connaissance sur la MVE Méconnaissance des mesures d'hygiène Déni des risques liés à la manipulation des animaux de brousse 	<ul style="list-style-type: none"> Existence d'organisations corporatistes Connaissance générale sur la MVE 	<ul style="list-style-type: none"> 100% des transporteurs ont une bonne connaissance sur la MVE 70% des transporteurs améliorent leur perception des risques liés à la manipulation des animaux retrouvés morts 40% des transporteurs adoptent des comportements à moindre risque
(C) TRANSPORTEURS	<ul style="list-style-type: none"> Connaître les signes, les modes de transmission et les mesures préventives de la MVE Ne pas manipuler la viande de brousse Informers les autorités compétentes/comités local de veille en cas de sollicitation pour l'achat de viande de brousse Appeler les lignes vertes 	<ul style="list-style-type: none"> Perte de revenu/ Appât du gain Peur de dénoncer Méconnaissance/ difficultés d'accès à la ligne verte Inexistence de comité local de veille 	<ul style="list-style-type: none"> Possibilité de Substituer le poisson et les autres animaux d'élevage à la viande de brousse dans les restaurants et maquis Connaissance générale sur la MVE Existence de mesures d'interdiction de la commercialisation et consommation de viande de brousse. 	<ul style="list-style-type: none"> 100% des Tenanciers de maquis/ Commerçants de viande de brousse ont une bonne connaissance sur la MVE 80% des Tenanciers de maquis/ Commerçants de viande de brousse améliorent leur perception des risques liés à la manipulation des animaux retrouvés morts 60% des Tenanciers de maquis/ Commerçants de viande de brousse adoptent des comportements à moindre risque
(A+B) PAYSANS	<ul style="list-style-type: none"> Connaître les modes de transmission de la MVE Ne pas manipuler les animaux trouvés déjà morts 	<ul style="list-style-type: none"> Insuffisance de connaissance sur la MVE Déni des risques liés à la manipulation des animaux de brousse Méconnaissance des mesures d'hygiène Attachement aux habitudes alimentaires à risques 	<ul style="list-style-type: none"> Connaissance générale sur la MVE Existence de mets de substitution sécurisés Disponibilité du mécanisme de gestion de la MVE 	<ul style="list-style-type: none"> 100% des paysans ont une bonne connaissance sur la MVE 70% des paysans améliorent leur perception des risques liés à la manipulation des animaux retrouvés morts 40% des paysans adoptent des comportements à moindre risque
(C) PAYSANS	<ul style="list-style-type: none"> Connaître les modes de transmission de la MVE Ne pas manipuler les animaux trouvés déjà morts 	<ul style="list-style-type: none"> Insuffisance de connaissance sur la MVE Déni des risques liés à la manipulation des animaux de brousse Méconnaissance des mesures d'hygiène Attachement aux habitudes alimentaires à risques 	<ul style="list-style-type: none"> Connaissance générale sur la MVE Existence de mets de substitution sécurisés Disponibilité du mécanisme de gestion de la MVE 	<ul style="list-style-type: none"> 100% des Paysans ont une bonne connaissance sur la MVE 80% des Paysans améliorent leur perception des risques liés à la manipulation des animaux retrouvés morts 60% des Paysans adoptent des comportements à moindre risque

CIBLES	COMPORTEMENTS SOUHAITES	BARRIERES AU CHANGEMENT	FACTEURS FAVORISANTS	OBJECTIFS DE COMMUNICATION
CIBLES PRIMAIRES				
(C) CHEF DE MENAGE	<ul style="list-style-type: none"> • Connaître les signes, les modes de transmission et les mesures de prévention de la MVE • Adopter et faire la promotion des mesures de prévention • Ne pas manipuler et consommer les animaux de brousse 	<ul style="list-style-type: none"> • Insuffisance de connaissance sur la MVE • Dénis des risques liés à la manipulation des animaux de brousse • Méconnaissance des mesures d'hygiène • Attachement aux habitudes alimentaires à risques 	<ul style="list-style-type: none"> • Connaissance générale sur la MVE • Existence de mets de substitution sécurisés • Disponibilité du mécanisme de gestion de la MVE 	<ul style="list-style-type: none"> • 100% des Chefs de ménage ont une bonne connaissance sur la MVE • 90% des Chefs de ménage améliorent leur perception des risques liés à la manipulation des animaux retrouvés morts • 80% des Chefs de ménage adoptent des comportements à moindre risque
CIBLES SECONDAIRES				
(A+B) SYNDICATS DES TRANSPORTEURS/ ASSOCIATION DES FEMMES DU VIVRIER/ RESPONSABLES DES MARCHÉS DE VIANDE DE BROUSSE/ RESTAURATEURS	<ul style="list-style-type: none"> • Connaître les signes, les modes de transmission et les mesures de prévention de la MVE • Adopter et faire la promotion des mesures de prévention • Ne pas manipuler les animaux de brousse trouvés déjà morts 	<ul style="list-style-type: none"> • Insuffisance de connaissance sur la MVE • Dénis des risques liés à la manipulation des animaux de brousse • Méconnaissance des mesures d'hygiène • Attachement aux habitudes alimentaires à risques 	<ul style="list-style-type: none"> • Connaissance générale sur la MVE • Existence de mets de substitution sécurisés • Disponibilité du mécanisme de gestion de la MVE 	<ul style="list-style-type: none"> • 100% des responsables d'associations ont une bonne connaissance sur la MVE • 70% des responsables d'associations améliorent leur perception des risques liés à la manipulation des animaux retrouvés morts • 40% des responsables d'associations adoptent des comportements à moindre risque
(C) SYNDICATS DES TRANSPORTEURS/ ASSOCIATION DES FEMMES DU VIVRIER/ RESPONSABLES DES MARCHÉS DE VIANDE DE BROUSSE RESTAURATEURS	<ul style="list-style-type: none"> • Connaître les signes, les modes de transmission et mesures préventives de la MVE • Informer les autorités compétentes/comités local de veille en cas de non-respect de l'interdiction de transport et de commercialisation de viande de brousse • Amener leurs membres/employés à adhérer aux mesures gouvernementales 	<ul style="list-style-type: none"> • Perte de revenu • Peur de dénoncer • Corruption/Appât du gain • Défiance à l'autorité • Méconnaissance/difficultés d'accès à la ligne verte • Inexistence de comité de veille local 	<ul style="list-style-type: none"> • Implication dans la prise de décision • Existence de numéro vert. • Existence d'organisations corporatistes • Connaissance générale sur la MVE • Application des mesures de coercion 	<ul style="list-style-type: none"> • 100% des responsables d'associations ont une bonne connaissance sur la MVE • 80% des responsables d'associations améliorent leur perception des risques liés à la manipulation des animaux retrouvés morts • 60% des responsables d'associations adoptent des comportements à moindre risque

CIBLES	COMPORTEMENTS SOUHAITES	BARRIERES AU CHANGEMENT	FACTEURS FAVORISANTS	OBJECTIFS DE COMMUNICATION
CIBLES SECONDAIRES				
(A+B) LEADERS RELIGIEUX/ LEADERS COMMUNAUTAIRES/ AUTORITES ADMINISTRATIVES, SANITAIRES ET POLITIQUES/ PROFESSIONNELS DES MEDIAS	<ul style="list-style-type: none"> Faciliter le renforcement des capacités de leurs collaborateurs Superviser les équipes de veille et d'épidémiologie Faire appliquer les directives de prévention 	<ul style="list-style-type: none"> Insuffisance de ressources 	<ul style="list-style-type: none"> Disponibilité des ressources Existence de mécanisme de gestion de la MVE 	<ul style="list-style-type: none"> 80% des Directions sont dotées en ressources nécessaires à la mise en œuvre des directives
(C) LEADERS RELIGIEUX/ LEADERS COMMUNAUTAIRES/ AUTORITES ADMINISTRATIVES, SANITAIRES ET POLITIQUES/ PROFESSIONNELS DES MEDIAS	<ul style="list-style-type: none"> Faire appliquer les directives Renforcer la supervision de leurs agents Sensibiliser la population 	<ul style="list-style-type: none"> Insuffisance de ressources 	<ul style="list-style-type: none"> Disponibilité des ressources Existence de mécanisme de gestion de la MVE 	<ul style="list-style-type: none"> 100% des Directions sont dotées en ressources nécessaires à la mise en œuvre des directives

PHASE EPIDEMIQUE : CONTACT AVEC LES ANIMAUX DE BROUSSE

CIBLES	COMPORTEMENTS SOUHAITES	BARRIERES AU CHANGEMENT	FACTEURS FAVORISANTS	OBJECTIFS DE COMMUNICATION
CIBLES PRIMAIRES				
CHASSEURS/PMT	<ul style="list-style-type: none"> Connaître les signes, les modes de transmission et mesures préventives de la MVE Ne pas chasser les animaux de brousse Ne pas manipuler les animaux de brousse 	<ul style="list-style-type: none"> Attachement à l'identité sociale et culturelle Perte de revenu Insuffisance de connaissance sur la MVE Déni des risques liés à la manipulation des animaux de brousse Méconnaissance des mesures d'hygiène Attachement aux habitudes alimentaires à risques 	<ul style="list-style-type: none"> Connaissance générale sur la MVE Adhésion des leaders communautaires aux messages Existence de texte d'interdiction de la chasse. 	<ul style="list-style-type: none"> 100% des chasseurs/PMT connaissent les signes, les modes de transmission et les mesures de prévention de la MVE 100% des chasseurs/PMT améliorent leur perception des risques liés à la manipulation des animaux de brousse 90% des chasseurs se reconvertissent à d'autres AGR 80% des membres de la communauté reconnaissent et valorisent la reconversion du chasseur
TRANSPORTEURS	<ul style="list-style-type: none"> Connaître les signes, les modes de transmission et mesures préventives de la MVE Refuser de transporter la viande de brousse Informers les autorités compétentes/comités local de veille en cas de sollicitation pour le transport de viande de brousse Appeler les lignes vertes 	<ul style="list-style-type: none"> Corruption/Appât du gain Défiance à l'autorité Méconnaissance/difficultés d'accès à la ligne verte Inexistence de comité local de veille 	<ul style="list-style-type: none"> Existence d'organisations corporatistes Connaissance générale sur la MVE Application des mesures de coercition L'existence d'un décret portant interdiction de la chasse, le transport et la consommation de la viande de brousse 	<ul style="list-style-type: none"> 100% des transporteurs ont une bonne connaissance sur la MVE 95% des transporteurs améliorent leur perception des risques liés au transport des animaux de brousse 90% des transporteurs adoptent des comportements à moindre risque

CIBLES	COMPORTEMENTS SOUHAITES	BARRIERES AU CHANGEMENT	FACTEURS FAVORISANTS	OBJECTIFS DE COMMUNICATION
CIBLES PRIMAIRES				
TENANCIERS DE MAQUIS/ COMMERÇANTS	<ul style="list-style-type: none"> • Connaître les signes, les modes de transmission et les mesures préventives de la MVE • Ne pas manipuler la viande de brousse • Informer les autorités compétentes/comités local de veille en cas de sollicitation pour l'achat de viande de brousse • Appeler les lignes vertes 	<ul style="list-style-type: none"> • Perte de revenu/Appât du gain • Peur de dénoncer • Méconnaissance/difficultés d'accès à la ligne verte • Inexistence de comité local de veille 	<ul style="list-style-type: none"> • Existence de mets de Substitutions à la viande de brousse dans les restaurants et maquis • Connaissance générale sur la MVE • Existence de mesures d'interdiction de la commercialisation et consommation de viande de brousse. 	<ul style="list-style-type: none"> • 100% des Tenanciers de maquis/ Commerçants de viande de brousse ont une bonne connaissance sur la MVE • 95% des Tenanciers de maquis/ Commerçants de viande de brousse améliorent leur perception des risques liés à la manipulation des animaux retrouvés morts • 90% des Tenanciers de maquis/ Commerçants de viande de brousse adoptent des comportements à moindre risque
PAYSANS/CHEF DE MENAGE	<ul style="list-style-type: none"> • Connaître les modes de transmission de la MVE • Ne pas chasser • Ne pas manipuler les animaux de brousse • Ne pas consommer les animaux de brousse 	<ul style="list-style-type: none"> • Insuffisance de connaissance sur la MVE • Déni des risques liés à la manipulation des animaux de brousse • Méconnaissance des mesures d'hygiène • Attachement aux habitudes alimentaires à risques 	<ul style="list-style-type: none"> • Connaissance générale sur la MVE • Existence de mets de substitution sécurisés • Disponibilité du mécanisme de gestion de la MVE • Existence de texte d'interdiction de la chasse 	<ul style="list-style-type: none"> • 100% des Paysans ont une bonne connaissance sur la MVE • 95% des Paysans améliorent leur perception des risques liés à la manipulation des animaux retrouvés morts • 90% des Paysans adoptent des comportements à moindre risque
CIBLES SECONDAIRES				
SYNDICATS DES TRANSPORTEURS/ SYNDICATS DES TRANSPORTEURS/ ASSOCIATION DES FEMMES DU VIVRIER/ RESPONSABLES DES MARCHÉS DE VIANDE DE BROUSSE RESTAURATEURS	<ul style="list-style-type: none"> • Connaître les signes, les modes de transmission et mesures préventives de la MVE • Informer les autorités compétentes/comités local de veille en cas de non-respect de l'interdiction de transport et de commercialisation de viande de brousse • Amener leurs membres/employés à adhérer aux mesures gouvernementales 	<ul style="list-style-type: none"> • Perte de revenu • Peur de dénoncer • Corruption/Appât du gain • Défiance à l'autorité • Difficultés d'accès à la ligne verte • Non implication dans la prise de décision 	<ul style="list-style-type: none"> • Implication dans la prise de décision • Existence de numéro vert • Existence d'organisations corporatistes • Connaissance générale sur la MVE • Application des mesures de coercition 	<ul style="list-style-type: none"> • 100% des responsables d'associations ont une bonne connaissance sur la MVE • 100% des responsables d'associations améliorent leur perception des risques liés à la manipulation des animaux retrouvés morts • 100% des responsables d'associations adoptent des comportements à moindre risque
LEADERS RELIGIEUX/ LEADERS COMMUNAUTAIRES/ AUTORITES ADMINISTRATIVES, SANITAIRES ET POLITIQUES/ PROFESSIONNELS DES MEDIAS	<ul style="list-style-type: none"> • Faire appliquer les directives • Renforcer la supervision de leurs agents • Sensibiliser la population 	<ul style="list-style-type: none"> • Insuffisance de ressources 	<ul style="list-style-type: none"> • Disponibilité des ressources • Existence de mécanisme de gestion de la MVE 	<ul style="list-style-type: none"> • 100% des Directions sont dotées en ressources nécessaires à la mise en œuvre des directives

PHASE POST-EPIDEMIE : CONTACT AVEC LES ANIMAUX DE BROUSSE

A : AVANT LA DECLARATION

B : APRES LA DECLARATION

CIBLES	COMPORTEMENTS SOUHAITES	BARRIERES AU CHANGEMENT	FACTEURS FAVORISANTS	OBJECTIFS DE COMMUNICATION
CIBLES PRIMAIRES				
(A) CHASSEURS	<ul style="list-style-type: none"> Connaître les signes, les modes de transmission et les mesures préventives de la MVE Continuer de ne pas chasser les animaux de brousse Continuer de ne pas manipuler les animaux de brousse 	<ul style="list-style-type: none"> Attachement à l'identité sociale et culturelle Perte de revenu Insuffisance de connaissance sur la MVE Déni des risques liés à la manipulation des animaux de brousse Méconnaissance des mesures d'hygiène Attachement aux habitudes alimentaires à risques 	<ul style="list-style-type: none"> Connaissance générale sur la MVE Adhésion des leaders communautaires aux messages Existence de texte d'interdiction de la chasse 	<ul style="list-style-type: none"> 100% des chasseurs connaissent le mode de transmission et les mesures de prévention de la MVE 100% des chasseurs améliorent leur perception des risques liés à la manipulation des animaux de brousse 100% des chasseurs adoptent des comportements à moindre risque
(B) CHASSEURS	<ul style="list-style-type: none"> Connaître les signes, les modes de transmission et les mesures préventives de la MVE Poursuivre la non manipulation des animaux trouvés déjà morts 	<ul style="list-style-type: none"> Déni des risques liés à la manipulation des animaux de brousse Méconnaissance des mesures d'hygiène Attachement aux habitudes alimentaires à risques 	<ul style="list-style-type: none"> Connaissance générale sur la MVE Disponibilité du mécanisme de gestion de la MVE 	
(A) TRANSPORTEURS	<ul style="list-style-type: none"> Connaître les signes, les modes de transmission et mesures préventives de la MVE Continuer de refuser de transporter la viande de brousse Continuer d'informer les autorités compétentes/ comités local de veille en cas de sollicitation pour le transport de viande de brousse Continuer d'appeler les lignes vertes 	<ul style="list-style-type: none"> Corruption/Appât du gain Défiance à l'autorité Méconnaissance/ difficultés d'accès à la ligne verte Inexistence de comité local de veille 	<ul style="list-style-type: none"> Existence d'organisations corporatistes Connaissance générale sur la MVE Application des mesures de coercition Existence de ligne verte 	<ul style="list-style-type: none"> 100% des transporteurs ont une bonne connaissance sur la MVE 100% des transporteurs améliorent leur perception des risques liés à la manipulation des animaux retrouvés morts 100% des transporteurs adoptent des comportements à moindre risque
(B) TRANSPORTEURS	<ul style="list-style-type: none"> Connaître les signes, les modes de transmission et mesures préventives de la MVE 	<ul style="list-style-type: none"> Insuffisance de connaissance sur la MVE Négligence des mesures d'hygiène Déni des risques liés à la manipulation des animaux de brousse 	<ul style="list-style-type: none"> Existence d'organisations corporatistes Connaissance générale sur la MVE 	

CIBLES	COMPORTEMENTS SOUHAITES	BARRIERES AU CHANGEMENT	FACTEURS FAVORISANTS	OBJECTIFS DE COMMUNICATION
CIBLES PRIMAIRES				
<p style="text-align: center;">(A) Tenanciers de maquis/ Commerçants de viande de brousse</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Connaître les signes, les modes de transmission et les mesures préventive de la MVE • Continuer de ne pas manipuler la viande de brousse • Continuer d'informer les autorités compétentes/comités local de veille en cas de sollicitation pour l'achat de viande de brousse • Continuer d'appeler les lignes vertes 	<ul style="list-style-type: none"> • Perte de revenu/Appât du gain • Peur de dénoncer • Méconnaissance/difficultés d'accès à la ligne verte • Inexistence de comité local de veille 	<ul style="list-style-type: none"> • Existence de substituts à la viande de brousse dans les restaurants et maquis • Connaissance générale sur la MVE • Existence de mesures d'interdiction de la commercialisation et consommation de viande de brousse. 	<ul style="list-style-type: none"> • 100% des Tenanciers de maquis/ Commerçants de viande de brousse ont une bonne connaissance sur la MVE • 100% des Tenanciers de maquis/ Commerçants de viande de brousse améliorent leur perception des risques liés à la manipulation des animaux retrouvés morts • 100% des Tenanciers de maquis/ Commerçants de viande de brousse adoptent des comportements à moindre risque
<p style="text-align: center;">(A) POPULATION GÉNÉRALE (PAYSANS, PRATICIENS DE LA MÉDECINE TRADITIONNELLE, CHEFS DE MÉNAGE, SYNDICATS DES TRANSPORTEURS/ ASSOCIATION DES FEMMES DU VIVRIER/ RESPONSABLES DES MARCHÉS DE VIANDE DE BROUSSE RESTAURATEURS, ETC...)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Connaître les signes, les modes de transmission et les mesures préventive de la mve • Continuer de ne pas manipuler les animaux trouvés déjà morts 	<ul style="list-style-type: none"> • Insuffisance de connaissance sur la MVE • Dénier des risques liés à la manipulation des animaux trouvés déjà morts • Négligence des mesures d'hygiène • Attachement aux habitudes alimentaires à risques 	<ul style="list-style-type: none"> • Connaissance générale sur la MVE • Existence de mets de substitution sécurisés • Disponibilité du mécanisme de gestion de la MVE 	<ul style="list-style-type: none"> • 100% des paysans ont une bonne connaissance sur la MVE • 100% des paysans améliorent leur perception des risques liés à la manipulation des animaux retrouvés morts • 100% des paysans adoptent des comportements à moindre risque
<p style="text-align: center;">(A) POPULATION GÉNÉRALE (PAYSANS, PRATICIENS DE LA MÉDECINE TRADITIONNELLE, CHEFS DE MÉNAGE, SYNDICATS DES TRANSPORTEURS/ ASSOCIATION DES FEMMES DU VIVRIER/ RESPONSABLES DES MARCHÉS DE VIANDE DE BROUSSE RESTAURATEURS, ETC...)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Connaître les modes de transmission de la mve • Continuer de ne pas manipuler les animaux trouvés déjà morts 	<ul style="list-style-type: none"> • Insuffisance de connaissance sur la MVE • Dénier des risques liés à la manipulation des animaux trouvés déjà morts • Négligence des mesures d'hygiène • Attachement aux habitudes alimentaires à risques 	<ul style="list-style-type: none"> • Connaissance générale sur la MVE • Disponibilité du mécanisme de gestion de la MVE 	<ul style="list-style-type: none"> • 100% des paysans adoptent des comportements à moindre risque

THEME 3 : LE LAVAGE DES MAINS

PHASE PRE-EPIDEMIE : LE LAVAGE DES MAINS

A : ABSENCE DE CAS AU NIVEAU MONDIAL
 B : ABSENCE DE CAS DANS LES PAYS LES VOISINS
 C : CAS DANS LES PAYS VOISINS

CIBLES	COMPORTEMENTS SOUHAITES	BARRIERES AU CHANGEMENT	FACTEURS FAVORISANTS	OBJECTIFS DE COMMUNICATION
CIBLES PRIMAIRES				
(A + B) POPULATION GENERALE	<ul style="list-style-type: none"> Connaître les signes, les modes de transmission et mesures préventives de la MVE Connaître le lavage des mains aux moments clés Pratiquer le lavage des mains aux moments clés Utiliser un dispositif approprié du lavage des mains 	<ul style="list-style-type: none"> Insuffisance de connaissance sur la MVE et le lavage des mains aux moments clés Méconnaissance des mesures d'hygiène Non disponibilité du dispositif du lavage des mains appropriée Déni des risques liés aux mains sales Attachement à certaines croyances à risques 	<ul style="list-style-type: none"> Connaissance générale sur la MVE et le lavage des mains Existence du dispositif du lavage des mains et intrants 	<ul style="list-style-type: none"> 80% de la population a une bonne connaissance sur la MVE et de lavage des mains aux 70% de la population a amélioré leur perception des risques liés aux maladies des mains sales 50% de la population a adopté le lavage correct des mains aux moments clés
(C) POPULATION GENERALE	<ul style="list-style-type: none"> Connaître les signes, les modes de transmission et mesures préventives de la MVE Connaître le lavage des mains aux moments clés Pratiquer systématiquement le lavage des mains aux moments clés Utiliser systématiquement un dispositif approprié du lavage des mains 	<ul style="list-style-type: none"> Insuffisance de connaissance sur la MVE et le lavage des mains aux moments clés Méconnaissance des mesures d'hygiène Non disponibilité du dispositif du lavage des mains appropriée Difficultés d'accès aux intrants (eau et savon) Déni des risques liés aux mains sales Attachement à certaines croyances à risques 	<ul style="list-style-type: none"> Connaissance générale sur la MVE et le lavage des mains Existence du dispositif du lavage des mains et intrants Existence de substitut d'intrant de lavage des mains (cendre) 	<ul style="list-style-type: none"> 100% de la population a une bonne connaissance sur la MVE et de lavage des mains aux 80% de la population a amélioré leur perception des risques liés aux maladies des mains sales 70% de la population a adopté le lavage correct des mains aux moments clés
(A+B+C) Professionnels de la santé	<ul style="list-style-type: none"> Connaître les signes, les modes de transmission et mesures préventives de la MVE Pratiquer systématiquement le lavage des mains après chaque acte médical 	<ul style="list-style-type: none"> Insuffisance de connaissance sur la MVE Non disponibilité du dispositif approprié du lavage des mains Difficultés d'accès aux intrants (eau et savon) 	<ul style="list-style-type: none"> Connaissance générale sur la MVE et le lavage des mains Existence du dispositif du lavage des mains et intrants Existence de substitut d'intrant de lavage des mains (eau javellisée) 	<ul style="list-style-type: none"> 100% des professionnels de la santé ont une bonne connaissance sur la MVE et le lavage des mains 100% des professionnels de la santé adoptent le lavage correct des mains

CIBLES	COMPORTEMENTS SOUHAITES	BARRIERES AU CHANGEMENT	FACTEURS FAVORISANTS	OBJECTIFS DE COMMUNICATION
CIBLES SECONDAIRES				
(A+B) Leaders, Décideurs et toute personne d'influence (Chefs de ménage, Elèves et étudiants, Enseignants, Chefs d'établissement Leaders, communautaire et religieux, Professionnels des médias, Praticiens de la médecine traditionnelle)	<ul style="list-style-type: none"> Connaître les signes, les modes de transmission et mesures préventives de la MVE Connaître le lavage des mains aux moments clés Pratiquer le lavage des mains aux moments clés Utiliser un dispositif approprié du lavage des mains Faire la promotion du lavage correct des mains aux moments clés 	<ul style="list-style-type: none"> Insuffisance de connaissance sur la MVE et le lavage des mains aux moments clés Méconnaissance des mesures d'hygiène Non disponibilité du dispositif du lavage des mains appropriée Déni des risques liés aux mains sales Attachement à certaines croyances à risques Indisponibilité de ressources 	<ul style="list-style-type: none"> Connaissance générale sur la MVE et le lavage des mains Existence du dispositif du lavage des mains et intrants Disponibilité de ressources 	<ul style="list-style-type: none"> 80% de la population a une bonne connaissance sur la MVE et de lavage des mains aux 70% de la population a amélioré leur perception des risques liés aux maladies des mains sales 50% de la population a adopté le lavage correct des mains aux moments clés
(C) Leaders, Décideurs et toute personne d'influence (Chefs de ménage, Elèves et étudiants, Enseignants, Chefs d'établissement Leaders, communautaire et religieux, Professionnels des médias, Praticiens de la médecine traditionnelle)	<ul style="list-style-type: none"> Connaître les signes, les modes de transmission et mesures préventives de la MVE Connaître le lavage des mains aux moments clés Pratiquer systématiquement le lavage des mains aux moments clés Utiliser systématiquement un dispositif approprié du lavage des mains Faire régulièrement la promotion du lavage correct des mains aux moments clés 	<ul style="list-style-type: none"> Insuffisance de connaissance sur la MVE et le lavage des mains aux moments clés Méconnaissance des mesures d'hygiène Non disponibilité du dispositif du lavage des mains appropriée Difficultés d'accès aux intrants (eau et savon) Déni des risques liés aux mains sales Attachement à certaines croyances à risques Indisponibilité de ressources 	<ul style="list-style-type: none"> Connaissance générale sur la MVE et le lavage des mains Existence du dispositif du lavage des mains et intrants Existence de substitut d'intrant de lavage des mains (cendre) Disponibilité de ressources 	<ul style="list-style-type: none"> 100% de la population a une bonne connaissance sur la MVE et de lavage des mains aux 80% de la population a amélioré leur perception des risques liés aux maladies des mains sales 70% de la population a adopté le lavage correct des mains aux moments clés

PHASE EPIDEMIE : LE LAVAGE DES MAINS

CIBLES	COMPORTEMENTS SOUHAITES	BARRIERES AU CHANGEMENT	FACTEURS FAVORISANTS	OBJECTIFS DE COMMUNICATION
CIBLES PRIMAIRES				
POPULATION GENERALE	<ul style="list-style-type: none"> Connaître les signes, les modes de transmission et mesures préventives de la MVE Connaître le lavage des mains aux moments clés Pratiquer systématiquement le lavage des mains aux moments clés Utiliser systématiquement un dispositif approprié du lavage des mains 	<ul style="list-style-type: none"> Insuffisance de connaissance sur la MVE et le lavage des mains aux moments clés Méconnaissance des mesures d'hygiène Non disponibilité du dispositif du lavage des mains appropriée Difficultés d'accès aux intrants (eau et savon) Déni des risques liés aux mains sales Attachement à certaines croyances à risques 	<ul style="list-style-type: none"> Connaissance générale sur la MVE et le lavage des mains Existence du dispositif du lavage des mains et intrants Existence de substitut d'intrant de lavage des mains (cendre) 	<ul style="list-style-type: none"> 100% de la population a une bonne connaissance sur la MVE et de lavage des mains aux 100% de la population a amélioré leur perception des risques liés aux maladies des mains sales 100% de la population a adopté le lavage correct des mains aux moments clés

CIBLES	COMPORTEMENTS SOUHAITES	BARRIERES AU CHANGEMENT	FACTEURS FAVORISANTS	OBJECTIFS DE COMMUNICATION
CIBLES PRIMAIRES				
PROFESSIONNELS DE LA SANTE	<ul style="list-style-type: none"> Connaître les signes, les modes de transmission et mesures préventives de la MVE Pratiquer systématiquement le lavage des mains après chaque acte médical 	<ul style="list-style-type: none"> Insuffisance de connaissance sur la MVE Non disponibilité du dispositif approprié du lavage des mains Difficultés d'accès aux intrants (eau et savon) 	<ul style="list-style-type: none"> Connaissance générale sur la MVE et le lavage des mains Existence du dispositif du lavage des mains et intrants Existence de substitut d'intrant de lavage des mains (eau javellisée) 	<ul style="list-style-type: none"> 100% des professionnels de la santé ont une bonne connaissance sur la MVE et le lavage des mains 100% des professionnels de la santé adoptent le lavage correct des mains
CIBLES SECONDAIRES				
Leaders, Décideurs et toute personne d'influence (Chefs de ménage, Elèves et étudiants, Enseignants, Chefs d'établissement Leaders, communautaire et religieux, Professionnels des médias, Praticiens de la médecine traditionnelle)	<ul style="list-style-type: none"> Connaître les signes, les modes de transmission et mesures préventives de la MVE Connaître le lavage des mains aux moments clés Pratiquer systématiquement le lavage des mains aux moments clés Utiliser systématiquement un dispositif approprié du lavage des mains Faire régulièrement la promotion du lavage correct des mains aux moments clés 	<ul style="list-style-type: none"> Insuffisance de connaissance sur la MVE et le lavage des mains aux moments clés Méconnaissance des mesures d'hygiène Non disponibilité du dispositif du lavage des mains appropriée Difficultés d'accès aux intrants (eau et savon) Déni des risques liés aux mains sales Attachement à certaines croyances à risques Indisponibilité de ressources 	<ul style="list-style-type: none"> Connaissance générale sur la MVE et le lavage des mains Existence du dispositif du lavage des mains et intrants Existence de substitut d'intrant de lavage des mains (cendre) Disponibilité de ressources 	<ul style="list-style-type: none"> 100% de la population a une bonne connaissance sur la MVE et de lavage des mains aux 100% de la population a amélioré leur perception des risques liés aux maladies des mains sales 100% de la population a adopté le lavage correct des mains aux moments clés

PHASE POST-EPIDEMIE : LE LAVAGE DES MAINS

A : AVANT LA DECLARATION
B : APRES LA DECLARATION

CIBLES	COMPORTEMENTS SOUHAITES	BARRIERES AU CHANGEMENT	FACTEURS FAVORISANTS	OBJECTIFS DE COMMUNICATION
CIBLES PRIMAIRES				
(A+B) POPULATION GENERALE	<ul style="list-style-type: none"> Connaître les signes, les modes de transmission et mesures préventives de la MVE Connaître le lavage des mains aux moments clés Continuer de pratiquer systématiquement le lavage des mains aux moments clés Poursuivre l'utilisation systématiquement du dispositif approprié du lavage des mains 	<ul style="list-style-type: none"> Insuffisance de connaissance sur la MVE et le lavage des mains aux moments clés Déni des mesures d'hygiène Non disponibilité du dispositif du lavage des mains approprié Difficultés d'accès aux intrants (eau et savon) Déni des risques liés aux mains sales Attachement à certaines croyances à risques 	<ul style="list-style-type: none"> Connaissance générale sur la MVE et le lavage des mains Existence du dispositif du lavage des mains et intrants Existence de substitut d'intrant de lavage des mains (cendre) 	<ul style="list-style-type: none"> 100% de la population a une bonne connaissance sur la MVE et de lavage des mains aux 100% de la population a amélioré leur perception des risques liés aux maladies des mains sales 80% de la population a adopté le lavage correct des mains aux moments clés

CIBLES	COMPORTEMENTS SOUHAITES	BARRIERES AU CHANGEMENT	FACTEURS FAVORISANTS	OBJECTIFS DE COMMUNICATION
CIBLES PRIMAIRES				
(A+B) PROFESSIONNELS DE LA SANTE	<ul style="list-style-type: none"> • Connaître les signes, les modes de transmission et mesures préventives de la MVE • Continuer la pratique systématiquement le lavage des mains après chaque acte médical 	<ul style="list-style-type: none"> • Insuffisance de connaissance sur la MVE • Non disponibilité du dispositif approprié du lavage des mains • Difficultés d'accès aux intrants (eau et savon) • Indisponibilité de ressources 	<ul style="list-style-type: none"> • Connaissance générale sur la MVE et le lavage des mains • Existence du dispositif du lavage des mains et intrants • Existence de substitut d'intrant de lavage des mains (eau javellisée) 	<ul style="list-style-type: none"> • 100% des professionnels de la santé ont une bonne connaissance sur la MVE et le lavage des mains • 100% des professionnels de la santé adoptent le lavage correct des mains
CIBLES SECONDAIRES				
(A+B) Leaders, Décideurs et toute personne d'influence (Chefs de ménage, Elèves et étudiants, Enseignants, Chefs d'établissement Leaders, communautaire et religieux, Professionnels des médias, Praticiens de la médecine traditionnelle)	<ul style="list-style-type: none"> • Connaître les signes, les modes de transmission et mesures préventives de la MVE • Connaître le lavage des mains aux moments clés • Poursuivre la pratique systématiquement le lavage des mains aux moments clés • Poursuivre l'utilisation systématiquement un dispositif approprié du lavage des mains • Continuer la promotion du lavage correct des mains aux moments clés 	<ul style="list-style-type: none"> • Insuffisance de connaissance sur la MVE et le lavage des mains aux moments clés • Déni des mesures d'hygiène • Non disponibilité du dispositif du lavage des mains appropriée • Difficultés d'accès aux intrants (eau et savon) • Déni des risques liés aux mains sales • Attachement à certaines croyances à risques • Indisponibilité de ressources 	<ul style="list-style-type: none"> • Connaissance générale sur la MVE et le lavage des mains • Existence du dispositif du lavage des mains et intrants • Existence de substitut d'intrant de lavage des mains (cendre) • Disponibilité de ressources 	<ul style="list-style-type: none"> • 100% de la population a une bonne connaissance sur la MVE et de lavage des mains aux • 80% de la population a amélioré leur perception des risques liés aux maladies des mains sales • 70% de la population a adopté le lavage correct des mains aux moments clés

THEME 4 : CONTACT AVEC LE MALADE PRESENTANT LES SIGNES EVOCATEUR DE LA MVE

PHASE PRE-EPIDEMIE : CONTACT AVEC LE MALADE PRÉSENTANT LES SIGNES ÉVOCATEUR DE LA MVE

A : ABSENCE DE CAS AU NIVEAU MONDIALE

B : ABSENCE DE CAS CHEZ LES VOISINS

C : CAS CHEZ LES VOISINS

CIBLES	COMPORTEMENTS SOUHAITES	BARRIERES AU CHANGEMENT	FACTEURS FAVORISANTS	OBJECTIFS DE COMMUNICATION
CIBLES PRIMAIRES				
(A + B) POPULATION GENERALE	<ul style="list-style-type: none"> Bien connaître les signes, les modes de transmissions et les mesures préventives de la MVE Se laver systématiquement les mains à l'eau propre qui coule et au savon après tout contact avec un malade Maitriser la dilution et l'utilisation de l'eau javellisée à 0.5 pour la désinfection de la maison et des effets vestimentaires du malade Porter des gants et utiliser de l'eau javellisée pour le nettoyage des liquides biologiques du malade 	<ul style="list-style-type: none"> Insuffisance de connaissance sur la MVE Déni des risques liés au contact avec le malade Méconnaissance des mesures d'hygiène Manque de moyen financier Lien affectif avec le malade 	<ul style="list-style-type: none"> Existence du dispositif de lavage des mains dans certains milieux urbains Connaissance générale sur la MVE (modes de transmissions et mesures préventives) 	<ul style="list-style-type: none"> 80% de la population générale ont une bonne connaissance sur la MVE 60% de la population générale ont amélioré leurs perceptions des risques liés au contact direct avec les malades
(C) POPULATION GENERALE	<ul style="list-style-type: none"> Bien connaître les signes, les modes de transmissions et les mesures préventives de la MVE Se laver systématiquement les mains à l'eau propre qui coule et au savon avant et après tout contact avec un malade Maitriser la dilution et l'utilisation de l'eau de javel/chlore à 0.5% pour la désinfection de la maison et des effets vestimentaires du malade Porter des gants et utiliser de l'eau javellisée pour le nettoyage des liquides biologiques du malade 	<ul style="list-style-type: none"> Insuffisance de connaissance sur la MVE Déni des risques liés au contact avec le malade Méconnaissance des mesures d'hygiène manque de moyen financier Lien affectif avec le malade Attachement aux valeurs culturelles à risque 	<ul style="list-style-type: none"> Existence du dispositif de lavage des mains dans certains milieux urbains Connaissance générale sur la MVE (modes de transmissions et les mesures préventives) 	<ul style="list-style-type: none"> 100% de la population générale ont une bonne connaissance sur la MVE 70% de la population générale ont amélioré leurs perceptions des risques liés au contact direct avec les malades 60% de la population générale adoptent des comportements à moindre risque liés au contact direct avec les malades
(A+B+C) PROFESSIONNELS DE LA SANTE / PRATICIENS DE LA MEDECINE TRADITIONNELLE (PMT)	<ul style="list-style-type: none"> Bien connaître les signes, les modes de transmissions et les mesures préventives de la MVE Se laver systématiquement les mains à l'eau propre qui coule et au savon avant et après tout acte médical Porter des gants et des tenues de protection adaptés pour les actes médicaux Désinfecter les locaux hospitaliers / centre de soins de médecine traditionnelle avec de l'eau de javel/chlore à 0.5 	<ul style="list-style-type: none"> Insuffisance de connaissance sur la MVE Déni des risques liés au contact avec le malade Méconnaissance des mesures d'hygiène Indisponibilité du matériel de protection Inaccessibilité à l'eau coulante, au savon ... Négligence des mesures d'hygiène hospitalières 	<ul style="list-style-type: none"> Existence du dispositif de lavage des mains et du matériel de protection Connaissance générale sur la MVE (modes de transmissions et les mesures préventives) Existence d'une formation de base en matière d'hygiène 	<ul style="list-style-type: none"> 100% des professionnels de la santé et des PMT ont une bonne connaissance sur la MVE 100% des professionnels de la santé et des PMT ont amélioré leurs perceptions des risques liés au contact direct avec les malades 100% des professionnels de la santé et des PMT appliquent les mesures de protection et d'hygiène

CIBLES	COMPORTEMENTS SOUHAITES	BARRIERES AU CHANGEMENT	FACTEURS FAVORISANTS	OBJECTIFS DE COMMUNICATION
CIBLES PRIMAIRES				
(C) TRANSPORTEURS ET CORPS HABILLES	<ul style="list-style-type: none"> • Bien connaître les signes, les modes de transmissions et les mesures préventives de la MVE • Alerter les autorités compétentes devant un malade présentant des signes évocateurs de la MVE • Evacuer et faire désinfecter les véhicules transportant les malades présentant les signes de la MVE • Orienter les véhicules transportant des malades présentant les signes de MVE vers les centres de santé 	<ul style="list-style-type: none"> • Insuffisance de connaissance sur la MVE • Dénier des risques liés au contact avec le malade • Méconnaissance des mesures préventives • Lourdeur administrative 	<ul style="list-style-type: none"> • Existence du dispositif de lavage des mains aux postes frontaliers • Connaissance générale sur la MVE (modes de transmissions et mesures préventives) • Existence d'organisations corporatistes • Respect scrupuleux des instructions militaires 	<ul style="list-style-type: none"> • 100% des corps habillés et Transporteurs ont une bonne connaissance sur la MVE • 100% des corps habillés et Transporteurs ont amélioré leurs perceptions des risques liés au contact direct avec les malades • 100% des corps habillés et Transporteurs adoptent des comportements à moindre risque liés au contact direct avec les malades
CIBLES SECONDAIRES				
(A-B-C) LEADERS RELIGIEUX/ LEADERS COMMUNAUTAIRES/ AUTORITES ADMINISTRATIVES, SANITAIRES ET POLITIQUES/ PROFESSIONNELS DES MEDIAS	<ul style="list-style-type: none"> • Bien connaître les signes, les modes de transmissions et les mesures préventives de la MVE • Faire la promotion des mesures d'hygiène et des directives • Faciliter la diffusion à travers les médias des mesures préventives et des directives • Faire la promotion des comportements souhaités liés au contact avec un malade • Mettre à disposition le matériel 	<ul style="list-style-type: none"> • Manque de connaissances sur les mesures d'hygiène • Attachement aux Pratiques culturelles et religieuses à risques • Non reconnaissance de l'autorité établie • Insuffisance de ressources 	<ul style="list-style-type: none"> • Connaissance générale sur la MVE • Leadership affirmé • Existence d'organisations corporatistes • Existence de substituts sécurisés en matière de pratiques religieuses et culturelles 	<ul style="list-style-type: none"> • 100% des leaders et responsables ont une bonne connaissance sur la MVE • 100% des leaders et responsables sont capables de fournir des informations pertinentes et détaillées aux populations sur les risques liés au contact direct avec les malades • 100% des leaders et responsables encourage les populations à adopter des pratiques à moindre risque liés au contact direct avec les malades

PHASE EPIDEMIE : CONTACT AVEC LE MALADE PRÉSENTANT LES SIGNES ÉVOCATEUR DE LA MVE

CIBLES	COMPOTEMENTS SOUHAITES	BARRIERES AU CHANGEMENT	FACTEURS FAVORISANTS	OBJECTIFS DE COMMUNICATION
CIBLES PRIMAIRES				
<p>LE MALADE / LE SURVIVANT / ENTOURAGE DU MALADE DE LA MVE (le conjoint / conjointe du malade, le membre de la famille, amis et autre proches)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Mettre en pratique les mesures préventives et • Suivre correctement le traitement symptomatique de la MVE • Se rendre /Conduire immédiatement dans le centre de santé le plus proche tout malade, • Se laver immédiatement les mains à l'eau propre qui coule et au savon / cendre avant et après tout contact avec un malade • Se laver systématiquement et régulièrement les mains à l'eau propre qui coule et au savon / cendre aux moments clés / • Utiliser de l'eau javellisée à 0.5% pour désinfecter la maison et les effets vestimentaires du malade • S'abstenir ou utiliser les préservatifs pour tout rapport sexuel avec un survivant de la MVE durant la période prescrite par le médecin • Informer les autorités sanitaires/ les lignes vertes/ le comité de veille local pour tout malade présentant une fièvre avec saignement 	<ul style="list-style-type: none"> • Stigmatisation et discrimination • Insuffisance de connaissance sur la MVE • Dénier des risques liés au contact avec le malade • Méconnaissance des mesures d'hygiène • Manque de moyen financier • Lien affectif avec le malade • Attachement aux valeurs culturelles à risque 	<ul style="list-style-type: none"> • Existence du dispositif de lavage des mains et de protection dans certains milieux urbains et ruraux • Connaissance générale sur la MVE (modes de transmissions et les mesures préventives) • Existence d'un système de prise en charge rapide d'un malade de MVE • Prise en charge psycho social du malade et sa famille 	<ul style="list-style-type: none"> • 100% malades et famille ont une bonne connaissance sur la MVE • 100% malades et famille ont amélioré leurs perceptions sur les risques liés à la MVE • 100% des malades et familles adoptent des comportements à moindre risque liés au contact direct avec les malades de la MVE • 100% des malades sont pris en charge sur le plan médicale et psychosocial
<p>PROFESSIONNELS DE LA SANTE/ PRATICIENS DE LA MEDECINE TRADITIONNELLE (PMT)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Bien connaître les signes, les modes de transmissions et les mesures préventives de la MVE • Se laver systématiquement les mains à l'eau propre qui coule et au savon avant et après tout acte médical • Porter systématiquement des gants et des tenues de protection adaptés pour les actes médicaux • Désinfecter les locaux hospitaliers / centre de soins de médecine traditionnelle avec de l'eau de javel/ chlore à 0.5 • Prise en charge immédiate du malade de MVE • Informer les lignes vertes/ comité de veille local et référer immédiatement le centre de soins de médecine traditionnelle vers le centre de santé le plus proche tout malade présentant les signes de la MVE 	<ul style="list-style-type: none"> • Insuffisance de connaissance sur la MVE • Dénier des risques liés au contact avec le malade • Méconnaissance des mesures d'hygiène • Indisponibilité du matériel de protection • Négligence des mesures d'hygiène hospitalières 	<ul style="list-style-type: none"> • Existence du dispositif de lavage des mains et du matériel de protection • Connaissance générale sur la MVE (modes de transmissions et les mesures préventives) • Existence d'une formation de base en matière d'hygiène 	<ul style="list-style-type: none"> • 100% des professionnels de la santé et des PMT ont une bonne connaissance sur la MVE • 100% des professionnels de la santé et des PMT ont amélioré leurs perceptions des risques liés au contact direct avec les malades • 100% des professionnels de la santé et des PMT appliquent les mesures de protection et d'hygiène • 100% des PMT réfèrent immédiatement tout patient présentant les signes de la MVE

CIBLES	COMPORTEMENTS SOUHAITES	BARRIERES AU CHANGEMENT	FACTEURS FAVORISANTS	OBJECTIFS DE COMMUNICATION
CIBLES PRIMAIRES				
TOUTE LA POPULATION GENERALE	<ul style="list-style-type: none"> • Bien connaître les signes, les modes de transmissions et les mesures préventives de la MVE • Ne pas toucher un malade présentant une fièvre • Maitriser la dilution et l'utilisation de l'eau de javel/chlore à 0.5% pour la désinfection de la maison et des effets vestimentaires du malade • Porter l'Arlette auprès des autorités sanitaires/comité de veille local ou appeler les lignes vertes pour tout cas suspect de MVE dans la communauté 	<ul style="list-style-type: none"> • Insuffisance de connaissance sur la MVE • Dénier des risques liés au contact avec le malade • Méconnaissance des mesures d'hygiène • Manque de moyen financier • Lien affectif avec le malade • Attachement aux valeurs culturelles à risque • Perturbation du réseau téléphonique des lignes vertes • Absence de comité de veille local 	<ul style="list-style-type: none"> • Existence du dispositif de lavage des mains et de protection dans certains milieux urbains • Connaissance générale sur la MVE (modes de transmissions et les mesures préventives) • Existence de comités de veille dans certaines localités 	<ul style="list-style-type: none"> • 100% de la population générale ont une bonne connaissance sur la MVE • 95% de la population générale ont amélioré leurs perceptions des risques liés au contact direct avec les malades • 90% de la population générale adoptent des comportements à moindre risque
CORPS HABILLES ET TRANSPORTEURS	<ul style="list-style-type: none"> • Bien connaître les signes, les modes de transmissions et les mesures préventives de la MVE • Ne pas toucher un malade présentant les signes de la MVE • Alerter les autorités compétentes devant un malade présentant les signes • Evacuer et faire désinfecter les véhicules transportant les malades présentant les signes de la MVE • Respecter les consignes des autorités politiques administratives et sanitaires sur la MVE • Orienter les véhicules transportant des malades présentant les signes de MVE vers les centres de santé 	<ul style="list-style-type: none"> • Insuffisance de connaissance sur la MVE • Dénier des risques liés au contact avec le malade • Méconnaissance des mesures préventives • Appât de gain • Corruption aux frontières • Lourdeur administrative 	<ul style="list-style-type: none"> • Existence du dispositif de lavage des mains aux postes frontaliers • Connaissance générale sur la MVE (modes de transmissions et les mesures préventives) • Existence d'organisations corporatiste • Respect des instructions militaires 	<ul style="list-style-type: none"> • 100% des corps habillés et Transporteurs ont une bonne connaissance sur la MVE • 100% des corps habillés et Transporteurs ont amélioré leurs perceptions des risques liés au contact direct avec les malades • 100% des corps habillés et Transporteurs adoptent des comportements à moindre risque liés au contact direct avec les malades

PHASE POST-EPIDEMIE : CONTACT AVEC LE MALADE PRESENTANT LES SIGNES EVOCATEURS DE LA MVE

A : AVANT LA DECLARATION

B : APRES LA DECLARATION

CIBLES	COMPORTEMENTS SOUHAITES	BARRIERES AU CHANGEMENT	FACTEURS FAVORISANTS	OBJECTIFS DE COMMUNICATION
CIBLES PRIMAIRES				
(A+B) POPULATION GENERALE	<ul style="list-style-type: none"> Bien connaître les signes, les modes de transmissions et les mesures préventives de la MVE Continuer à se laver systématiquement les mains à l'eau propre qui coule et au savon après tout contact avec un malade Poursuivre la bonne dilution et utilisation de l'eau javellisée à 0.5 pour la désinfection de la maison et des effets vestimentaires du malade Poursuivre le port des gants et l'utilisation de l'eau javellisée pour le nettoyage des liquides biologiques du malade 	<ul style="list-style-type: none"> Insuffisance de connaissance sur la MVE Déni des risques liés au contact avec le malade Méconnaissance des mesures d'hygiène Manque de moyen financier Lien affectif avec le malade Inaccessibilité des intrants de mesures préventives (gants, javel, eau...) 	<ul style="list-style-type: none"> Existence du dispositif de lavage des mains dans certains milieux urbains Connaissance générale sur la MVE (modes de transmissions et les mesures préventives) Actions de soutien et d'appui des ONG et autres partenaires 	<ul style="list-style-type: none"> 100% de la population générale ont une bonne connaissance sur la MVE 100% de la population générale ont amélioré leurs perceptions des risques liés au contact direct avec les malades 100% de la population générale adoptent des comportements à moindre risque liés au contact direct avec les malades
(A+B) PROFESSIONNELS DE LA SANTE ET PRATICIENS DE LA MEDECINE TRADITIONNELLE (PMT)	<ul style="list-style-type: none"> Bien connaître les signes, les modes de transmissions et les mesures préventives de la MVE Continuer à se laver systématiquement les mains à l'eau propre qui coule et au savon avant et après tout acte médical Poursuivre le port de gants et de tenues de protection adaptés pour les actes médicaux Poursuivre la Désinfection des locaux hospitaliers / centres de soins de médecine traditionnelle avec de l'eau de javel/ chlore à 0.5 	<ul style="list-style-type: none"> Insuffisance de connaissance sur la MVE Déni des risques liés au contact avec le malade Méconnaissance des mesures d'hygiène Indisponibilité du matériel de protection Négligence des mesures d'hygiène (en milieu hospitalier et dans les centres de soins de médecine traditionnelle) 	<ul style="list-style-type: none"> Existence du dispositif de lavage des mains et du matériel de protection Connaissance générale sur la MVE (modes de transmissions et les mesures préventives) Existence d'une formation de base en matière d'hygiène 	<ul style="list-style-type: none"> 100% des professionnels de la santé et des PMT ont une bonne connaissance sur la MVE 100% des professionnels de la santé et des PMT ont amélioré leurs perceptions des risques liés au contact direct avec les malades 100% des professionnels de la santé et des PMT appliquent les mesures de protection et d'hygiène
(A+B) TRANSPORTEURS ET CORPS HABILLES	<ul style="list-style-type: none"> Bien connaître les signes, les modes de transmissions et les mesures préventives de la MVE Poursuivre l'alerte des autorités compétentes/du comité de veille local devant un malade présentant les signes Continuer à évacuer et faire désinfecter les véhicules transportant les patients présentant des signes de la MVE Continuer à orienter les véhicules transportant des malades présentant les signes de MVE vers les centres de santé 	<ul style="list-style-type: none"> Insuffisance de connaissance sur la MVE Déni des risques liés au contact avec le malade Méconnaissance des mesures préventives Lourdeur administrative 	<ul style="list-style-type: none"> Existence du dispositif de lavage des mains aux postes frontaliers Connaissance générale sur la MVE (modes de transmissions et les mesures préventives) Existence d'organisations corporatistes Respect scrupuleux des instructions militaires 	<ul style="list-style-type: none"> 100% des corps habillés et Transporteurs ont une bonne connaissance sur la MVE 100% des corps habillés et Transporteurs ont amélioré leurs perceptions des risques liés au contact direct avec les malades 100% des corps habillés et Transporteurs adoptent des comportements à moindre risque liés au contact direct avec les malades

CIBLES	COMPOTEMENTS SOUHAITES	BARRIERES AU CHANGEMENT	FACTEURS FAVORISANTS	OBJECTIFS DE COMMUNICATION
CIBLES PRIMAIRES				
<p>(A+B) LE MALADE / LE SURVIVANT / ENTOURAGE DU MALADE DE LA MVE (le conjoint / conjointe du malade, le membre de la famille, amis et autre proches)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Continuer à mettre en pratique les mesures préventives sur la MVE • Continuer à se rendre / Conduire immédiatement dans le centre de santé le plus proche tout malade, • Poursuivre le lavage immédiat des mains à l'eau propre qui coule et au savon / cendre avant et après tout contact avec un malade • Continuer à se laver systématiquement et régulièrement les mains à l'eau propre qui coule et au savon / cendre après tout contact • Continuer à utiliser de l'eau javellisée à 0.5% pour désinfecter la maison et les effets vestimentaires du malade • Continuer à s'abstenir ou utiliser les préservatifs pour tout rapport sexuel avec un survivant de la MVE durant la période prescrite par le médecin • Continuer à informer les autorités sanitaires/le comité de veille local ou les lignes vertes pour tout malades présentant une fièvre avec saignement 	<ul style="list-style-type: none"> • Stigmatisation et discrimination • Insuffisance de connaissance sur la MVE • Déni des risques liés au contact avec le malade • Méconnaissance des mesures d'hygiène • Manque de moyen financier • Lien affectif avec le malade • Attachement aux valeurs culturelles à risque 	<ul style="list-style-type: none"> • Existence du dispositif de lavage des mains et de protection dans certains milieux urbains et ruraux • Connaissance générale sur la MVE (modes de transmissions et les mesures préventives) • Existence d'un Système de prise en charge rapide d'un survivant de MVE • Prise en charge psycho social du malade et sa famille 	<ul style="list-style-type: none"> • 100% des survivants et familles ont une bonne connaissance sur la MVE • 100% des survivants et familles ont amélioré leurs perceptions sur les risques liés à la MVE • 100% des survivants et familles adoptent des comportements à moindre risque liés au contact direct avec les malades de la MVE • 100% des survivants sont pris en charge sur le plan médicale et psychosocial
CIBLES SECONDAIRES				
<p>(A+B) LEADERS RELIGIEUX/ LEADERS COMMUNAUTAIRES/ AUTORITES ADMINISTRATIVES, SANITAIRES/ POLITIQUES/ PROFESSIONNELS DES MEDIAS</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Bien connaître les signes, les modes de transmissions et les mesures préventives de la MVE • Faire la promotion des mesures d'hygiène et des directives • Faire la promotion des comportements souhaités liés au contact avec un malade • Mettre à disposition le matériel 	<ul style="list-style-type: none"> • Manque de connaissances sur les mesures d'hygiène • Attachement aux Pratiques culturelles et religieuses à risques • Non reconnaissance de l'autorité établie • Insuffisance de ressources 	<ul style="list-style-type: none"> • Connaissance générale sur la MVE • Leadership affirmé • Existence d'organisations corporatistes • Existence de substituts sécurisés en matière de pratiques religieuses et culturelles 	<ul style="list-style-type: none"> • 100% des leaders et responsables ont une bonne connaissance sur la MVE • 100% des leaders et responsables sont capables de fournir des informations pertinentes et détaillées aux populations sur les risques liés au contact direct avec les malades • 100% des leaders et responsables encouragent les populations à adopter des pratiques à moindre risque liés au contact direct avec les malades

