

Compilation de données en matière de science sociale et comportementale (N° 3), flambée épidémique du virus Ébola, Est de la RDC, février-mai 2019

Cette brève compilation d'analyses de données fournit un « état des lieux » des données en matière de science sociale et comportementale liées à la flambée épidémique actuelle du virus Ébola dans les provinces du Nord-Kivu et de l'Ituri. Sur la base des données collectées et analysées par des organisations œuvrant à la riposte au virus Ébola et, de manière plus générale, au sein de la région, elle examine les convergences et les divergences entre les jeux de données. Dans la mesure du possible, cette note prend également en compte les différences dans les données par zone géographique, groupe démographique, période de temps et autres variables pertinentes. Les sources de données sont indiquées à la fin du document. Il s'agit de la troisième compilation d'analyses de données élaborée par la Plateforme Social Science in Humanitarian Action (SSHAP) et elle est axée sur des données générées entre février et mai 2019. Elle est fondée sur les deux notes stratégiques de compilation de données précédentes, dont la première était axée sur des données générées entre août et octobre 2018, et la deuxième sur des données générées entre novembre 2018 et janvier 2019.¹

À la date de sa publication (au 23 juin 2019), 2 247 cas avaient été signalés (2 153 confirmés et 94 probables), ainsi que 1 510 décès (dont 1 416 confirmés et 94 probables).² Le taux de létalité global (au 16 juin 2019) s'élevait à 67 %³, ce qui indique une hausse par rapport au taux de 59 % début février 2019.⁴ La majorité des cas identifiés au cours de la période comprise entre février et mai provenaient des zones de santé de Katwa, Mabalako, Mandima, Butembo, Kalunguta, Musienene et Beni.⁵ Il semble qu'une augmentation significative du nombre de cas soit survenue au cours de cette période. Cela était dû à un retard des signalements généré par des interruptions des activités de riposte lors desquelles les équipes n'étaient pas en mesure d'accéder à un grand nombre de communautés affectées pour des raisons de sécurité.⁶ Des indicateurs clés de performance inhérents aux activités de riposte sont systématiquement recueillis par le Ministère de la Santé et par l'OMS.⁷

Cette compilation de données a été réalisée par Kevin Bardosh (Université de Washington), Ingrid Gercama and Juliet Bedford (Anthrologica), avec l'assistance de la SSHAP et du Groupe de recherche des sciences sociales GOARN. Des contributions ont également été fournies par l'UNICEF, de l'OMS, de la FICR, des CDC des États-Unis, de la Harvard Humanitarian Initiative (HHI), d'Oxfam, de Traducteurs sans frontières (TsF), d'Interpeace et de Novetta.

Retours communautaires : thèmes et questions

Plusieurs organisations, y compris la FICR ainsi que la Société nationale de la Croix-Rouge en RDC, l'UNICEF, l'OMS, Oxfam, d'autres ONG et des partenaires locaux compilent des retours communautaires et réalisent des recherches opérationnelles dans les provinces du Nord-Kivu et de l'Ituri. D'après les organisations œuvrant sur le terrain, les retours communautaires et les résultats des travaux de recherche sont analysés et discutés au sein des structures de coordination de la lutte contre la flambée épidémique du virus Ébola dirigées par le Ministère de la Santé afin d'ajuster et d'améliorer les mesures d'intervention. Ces structures comprennent le Centre d'opérations d'urgence, plusieurs Commissions (notamment la Commission Communication), ainsi que des groupes de travail sur les retours communautaires basés à Butembo et Katwa.

La FICR (avec l'assistance des CDC) compile et analyse régulièrement les retours communautaires recueillis par la Société nationale de la Croix-Rouge depuis août 2018.⁸ Le tableau suivant présente les cinq thèmes les plus fréquemment identifiés parmi les retours communautaires recueillis par les bénévoles de la Croix-Rouge entre février 2019 et mai 2019 (le thème classé en 1^{ère} position représentant le thème le plus fréquemment abordé).⁹ Au cours de la période considérée, 41 648 suggestions classées en tant que « rumeurs », « observations » ou « croyances » ont été analysées. Au cours des premiers mois de la flambée épidémique (août-septembre 2018), la majorité des retours communautaires impliquaient des questions et des préoccupations liées aux causes du virus Ébola, au système de santé, aux procédures de riposte, ainsi qu'au fait que le virus Ébola ait été propagé par une intervention du gouvernement. Ces thèmes ont continué à dominer entre novembre 2018 et janvier 2019 ainsi que des autres thèmes associés au fait que le virus Ébola ait été propagé par une intervention du gouvernement. Des préoccupations quant à la qualité du système de santé ont également prédominé, en particulier à Katwa et Butembo, où de nombreuses déclarations ont mis en évidence les perceptions des communautés quant aux soins de mauvaise qualité et à la difficulté des interactions avec les équipes de riposte. Ces données indiquent les principales préoccupations des membres de la communauté et doivent être prises en considération dans le cadre de la procédure de riposte afin de définir des interventions, notamment dans les régions de Katwa et Butembo qui continuent d'être confrontées à des niveaux élevés d'insécurité et de menaces proférées à l'encontre des équipes de riposte et des partenaires de riposte.¹⁰

Catégories des retours communautaires compilés par les bénévoles de la Croix-Rouge dans les provinces du Nord-Kivu et de l'Ituri

	Février 12 198 codages	Mars 15 673 codages	Avril 14 782 codages	Mai 8 268 codages
	Beni, Bunia, Butembo, Goma, Karisimbi, Katwa, Komanda, Lubero, Mabalako, Mandima, Masereka, Musienene, Nyragongo, Oicha	Beni, Bunia, Butembo, Goma, Karisimbi, Katwa, Komanda, Mabalako, Mandima, Masereka, Musienene, Nyragongo, Oicha, Rwampara	Beni, Bunia, Butembo, Goma, Kalunguta, Karisimbi, Katwa, Komanda, Mabalako, Mandima, Masereka, Musienene, Nyragongo, Oicha	Beni, Bunia, Butembo, Goma, Kalunguta, Karisimbi, Katwa, Komanda, Mabalako, Mandima, Musienene, Nyragongo, Oicha
1ère position	Le virus Ébola a été propagé par une intervention du gouvernement ou de tiers	Le virus Ébola a été propagé par une intervention du gouvernement ou de tiers	Le virus Ébola a été propagé par une intervention du gouvernement ou de tiers	Le virus Ébola a été propagé par une intervention du gouvernement ou de tiers
2e	Critiques ou observations du	Caractéristiques et	Caractéristiques et	Caractéristiques et

position	système de santé	conséquences du virus Ébola ¹¹	conséquences du virus Ébola	conséquences du virus Ébola
3e position	Caractéristiques et conséquences du virus Ébola	Critiques ou observations du système de santé	Le virus Ébola constitue une activité commerciale	Le virus Ébola constitue une activité commerciale
4e position	Le virus Ébola constitue une activité commerciale	Le virus Ébola constitue une activité commerciale	Le virus Ébola constitue une activité commerciale	Critiques ou observations du système de santé
5e position	Le virus Ébola n'existe pas	Le virus Ébola n'existe pas	Le virus Ébola n'existe pas	Le virus Ébola n'existe pas

Des questions formulées par les membres de la communauté ont également été identifiées parmi les retours communautaires. Au cours de la période concernée comprise entre février et mai 2019, 41 178 questions formulées parmi les retours communautaires recueillis par la Croix-Rouge ont été compilés et analysés par la FICR et les CDC. Encore une fois, la catégorie de questions classée en 1^{ère} position représente celle la plus fréquemment abordée.

Catégories de questions figurant parmi les retours communautaires compilés par les bénévoles de la Croix-Rouge, dans les provinces du Nord-Kivu et de l'Ituri

	Février 10 673 codages	Mars 15 669 codages	Avril 15 742 codages	Mai 8 564 codages
	Beni, Bunia, Butembo, Goma, Karisimbi, Katwa, Komanda, Lubero, Mabalako, Mandima, Masereka, Musienene, Nyragongo, Oicha	Beni, Bunia, Butembo, Goma, Karisimbi, Katwa, Komanda, Mabalako, Mandima, Masereka, Musienene, Nyragongo, Oicha, Rwampara	Beni, Bunia, Butembo, Goma, Kalunguta, Karisimbi, Katwa, Komanda, Mabalako, Mandima, Masereka, Musienene, Nyragongo, Oicha	Beni, Bunia, Butembo, Goma, Kalunguta, Karisimbi, Katwa, Komanda, Mabalako, Mandima, Musienene, Nyragongo, Oicha
1ère position	Virus Ébola et ses conséquences	Virus Ébola et ses conséquences	Virus Ébola et ses conséquences	Virus Ébola et ses conséquences
2e position	Diagnostic, traitement, CTE, système de santé	Diagnostic, traitement, CTE, système de santé	Vaccin	Vaccin
3e position	Vaccin	Vaccin	Diagnostic, traitement, CTE, système de santé	Procédure de riposte
4e position	Procédure de riposte	Procédure de riposte	Procédure de riposte	Diagnostic, traitement, CTE, système de santé
5e position	Autres questions ¹²	Autres questions	Autres questions	Autres questions

Ce qui suit est une série de questions posées à plusieurs reprises par les membres de la communauté entre février et mai 2019 et février 2019 tel que l'indiquent les retours communautaires compilés par la Croix-Rouge et Oxfam et énoncés lors des études qualitatives réalisées par le Groupe de Recherches en Sciences Sociale (GRSS ou Social Science Research Group), avec l'assistance du Ministère de la Santé, l'UNICEF et l'OMS. Les questions sont regroupées par thème principal, et non par ordre de fréquence.

Questions posées par les membres de la communauté, recueillies par les bénévoles de la Croix-Rouge et Oxfam et au cours d'études qualitatives menées par le GRSS, dans les provinces du Nord-Kivu et de l'Ituri

Vaccins Questions relatives à la stratégie de vaccination.	Pourquoi les équipes de riposte louent-elles des véhicules très chers alors qu'elles ne disposent pas d'un nombre suffisant de vaccins à donner à tous les membres de la communauté ? Comment une personne vaccinée contre la maladie peut-elle tomber malade quand même ? Pourquoi n'a-t-on pas administré le vaccin à l'ensemble de la population afin d'éradiquer le virus Ébola ? Pourquoi l'équipe de vaccination vient-elle administrer des vaccins dans une région après qu'un cas ait été confirmé ? Pourquoi apportent-ils un vaccin test et non un vaccin ayant fait ses preuves ?
Procédures de riposte Questions relatives à la coordination, aux cas libres et à la sécurité.	Pourquoi les intervenants ne collaborent-ils pas avec les populations ? Pourquoi y a-t-il plusieurs groupes de travailleurs sociaux sur le terrain plutôt qu'un regroupement d'une association unique ? Pourquoi les organisations ne collaborent-elles pas ? Pourquoi le gouvernement a-t-il mis un terme aux soins gratuits alors que le virus Ébola est toujours présent ? Pourquoi des étrangers viennent-ils travailler ici alors que vous affirmez qu'il s'agit d'une maladie grave plutôt que de former les locaux à la manière de la traiter ? Pouvez-vous expliquer pourquoi les équipes de MSF ont quitté Butembo ? Pourquoi vous déplacez-vous avec les policiers armés ? Pourquoi emmenez-vous les malades par la force ? Qui va assurer la protection des bénévoles qui sont menacés de mort ? Pourquoi doit-on appeler le numéro gratuit lorsqu'une personne souffre d'une hémorragie ou d'une hernie ? Pourquoi est-ce qu'à chaque fois que la population fait preuve de résistance, l'on assiste à de nombreux décès ?
Diagnostic et prévention Questions relatives aux mesures IPC et à leur fonction	Une hémorragie sans autre signe ou symptôme peut-elle être assimilée au virus Ébola ? Si une personne présente déjà un signe d'hémorragie, peut-elle avoir une chance de guérir ? L'utilisation de chlore dans les eaux ménagères constitue-t-elle l'une des mesures de prévention contre le virus Ébola ? Mis à part le fait de se laver les mains, y a-t-il d'autres moyens de se protéger contre le virus Ébola ? Comment peut-on prévenir cette maladie lorsque l'on n'a pas d'eau ? Quelle méthode peut-elle être utilisée pour l'hygiène sans eau ? Pourquoi ne pas distribuer des gants à la communauté pour mieux la protéger ? Si l'on est marié et que l'on est infecté par la maladie à virus Ébola, doit-on cesser d'avoir des relations sexuelles ? Si ma chèvre meurt, que dois-je faire dans la mesure où l'on nous a dit de ne pas toucher ces animaux ?
CTE Questions relatives au diagnostic, au traitement et aux procédures de triage et de sécurité	Comment est diagnostiqué un patient atteint du virus Ébola ? Les malades sont-ils traités et guéris ? Pourquoi les personnes ne reviennent-elles pas du CTE ? Pourquoi les femmes décèdent-elles souvent au CTE ? Pourquoi un patient qui se rend dans un CTE en parfaite santé décède-t-il 2 jours après ? Pourquoi des personnes qui ne sont pas atteintes du virus Ébola décèdent-elles au CTE ? Pourquoi, lorsque l'on se rend au centre hospitalier, est-on directement emmené au CTE ? Parmi les agents du CTE, certains sont-ils décédés de la maladie à virus Ébola ? Pourquoi des échantillons sont-ils prélevés la nuit au CTE ? Pourquoi les infirmiers du CTE sont-ils toujours escortés par la police ?
Virus Ébola et ses conséquences Vulnérabilité, propagation et mortalité.	La maladie existe-t-elle vraiment ? D'où cette maladie provient-elle ? Quand la flambée épidémique va-t-elle cesser ? Pourquoi le virus Ébola se propage-t-il uniquement en RDC et pas au Rwanda ? Pourquoi le virus Ébola s'est-il uniquement propagé à l'Est du pays sans attaquer les provinces voisines et les pays limitrophes alors que nos frontières ne sont pas fermées ? Pourquoi les femmes sont-elles souvent victimes du virus Ébola ? Pourquoi les plus riches ne décèdent-ils pas du virus Ébola ? Une femme atteinte du virus Ébola peut-elle accoucher d'un enfant déjà infecté par la maladie ? Depuis l'apparition de la maladie, combien de patients ont été guéris et combien sont décédés ? En combien de temps peut-on se rétablir de cette maladie ? Un patient guéri du virus Ébola peut-il être infecté une deuxième fois ?

Transmission Incohérence dans les messages, questions relatives aux mécanismes.	Il paraît qu'un militaire en uniforme ne peut pas attraper le virus Ébola, est-ce que c'est vrai ? Cette maladie vient-elle de la saleté ? Les eaux sales ne peuvent-elles pas infecter quelqu'un avec la maladie à virus Ébola ? Le virus Ébola se propage-t-il dans le sperme ? Si le virus Ébola existait vraiment, pourquoi ne pas interdire aux couples mariés de coucher ensemble ? Lorsque l'on brûle les effets personnels d'une personne décédée du virus Ébola, la fumée ne peut-elle pas contaminer la population ? Ne peut-on pas être infecté par cette maladie à virus Ébola en touchant de l'argent ? Ici, chez nous, on mange des chauves-souris, pourquoi n'est-on pas infectés ? Le virus Ébola se trouve-t-il également dans la farine ? La viande d'une vache morte peut-elle être consommée ? Les animaux domestiques ne peuvent-ils pas nous infecter ? Le virus Ébola peut-il infecter les agents par les moustiques ? Le virus Ébola présente les signes du paludisme, pourquoi ne pas fournir des moustiquaires à la communauté ?
Inhumations Questions relatives aux pratiques funéraires sécurisées et dignes	Pourquoi les bénévoles de la Croix-Rouge réalisent-ils des inhumations ? Pourquoi place-t-on la victime dans un sac en plastique avec une fermeture éclair ? Combien de temps le sac mortuaire reste-t-il en terre ? Lorsque des gens viennent procéder à des inhumations, pourquoi sont-ils escortés par des agents armés ? Pourquoi inhume-t-on les personnes décédées du virus Ébola sans aucun respect ? Pourquoi les intervenants inhumant-ils les personnes qui ne sont pas décédées du virus Ébola ? Pourquoi ne pas former un membre de chaque famille aux pratiques funéraires sécurisées et dignes pour qu'en cas de décès, il soit capable de procéder à l'inhumation lui-même ?
Autres questions Questions relatives à la sécurité, autres services sociaux et effets plus larges sur la vie sociale/économique	Comment expliquez-vous la relation entre la maladie à virus Ébola et les élections ? Pourra-t-on voter lorsque l'épidémie du virus Ébola sera éradiquée ? Pourquoi ne pas lutter contre les rebelles qui se trouvent dans la forêt à Beni de la même manière que l'on lutte contre cette maladie à virus Ébola ? Quels sont les inconvénients liés à l'utilisation de thermoflashs ? Qu'en est-il de nos moyens de transport ici à Goma (bus) ? Comment expliquez-vous ces complications à nos postes de contrôle, qui consistent à obligatoirement décliner son identité et donner son numéro de téléphone, s'agit-il d'un moyen de nous escroquer plus tard ?

Suggestions communautaires

Les suggestions formulées par des membres de la communauté participant aux séances d'engagement et lors de visites à domicile régulières par des bénévoles de la Croix-Rouge ont également été rassemblées par la FICR (avec l'assistance des CDC). Le tableau ci-dessous présente les thèmes provenant des suggestions les plus fréquemment formulées parmi les retours communautaires recueillis par les bénévoles de la Croix-Rouge entre février et mai 2019 (le thème classé en 1^{ère} position représentant le thème le plus fréquemment abordé). Au cours de la période concernée, 43 555 suggestions ont été identifiées parmi les données. La suggestion la plus fréquemment mentionnée impliquait le développement ou la modification du programme de vaccination.

Catégories des suggestions identifiées parmi les retours communautaires recueillis par les bénévoles de la Croix-Rouge dans les provinces du Nord-Kivu et de l'Ituri

	Février	Mars	Avril	Mai
	10 307 codages	16 981 codages	16 267 codages	8 868 codages
	Beni, Bunia, Butembo, Goma, Karisimbi, Katwa, Komanda, Lubero, Mabalako, Mandima, Masereka, Musienene, Nyragongo, Oicha	Beni, Bunia, Butembo, Goma, Karisimbi, Katwa, Komanda, Mabalako, Mandima, Masereka, Musienene, Nyragongo, Oicha, Rwampara	Beni, Bunia, Butembo, Goma, Kalunguta, Karisimbi, Katwa, Komanda, Mabalako, Mandima, Masereka, Musienene, Nyriagongo, Oicha	Beni, Bunia, Butembo, Goma, Kalunguta, Karisimbi, Katwa, Komanda, Mabalako, Mandima, Musienene, Nyriagongo, Oicha
1ère position	Autre ¹³	Autre	Autre	Autre
2e position	Développer ou modifier le programme de vaccination	Développer ou modifier le programme de vaccination	Développer ou modifier le programme de vaccination	Développer ou modifier le programme de vaccination
3e position	Encourager le lavage des mains	Encourager le lavage des mains	Encourager le lavage des mains	Encourager le lavage des mains
4e position	Améliorer les services de santé	Améliorer les services de santé	Améliorer les services de santé	Améliorer les services de santé
5e position	Promouvoir la santé communautaire	Promouvoir la santé communautaire	Promouvoir la santé communautaire	Promouvoir la santé communautaire

Le tableau suivant indique une sélection des suggestions les plus fréquemment formulées (regroupées par thème principal, et non par ordre de fréquence) telle que documentée parmi les retours communautaires recueillis par les bénévoles de la Croix-Rouge (avec l'assistance des CDC) et par Oxfam, entre février et mai 2019. Il contient également des questions formulées par les participants impliqués dans l'étude qualitative réalisée par le Groupe de Recherches en Sciences Sociale (GRSS). L'une des principales suggestions qui continue à être formulée parmi les communautés concerne la perception selon laquelle « *La méthodologie des agents de riposte ne concerne pas la population* » (Butembo, février 2019). Ceci génère une frustration selon laquelle « *Nos requêtes ne sont pas résolues, alors il est inutile de vous faire part de nos besoins à chaque fois* » (Beni, février 2019) et une hostilité accrue à l'égard des équipes de riposte, « *Partez, les équipes de riposte* » (Butembo, février 2019). Les communautés ont recommandé les éléments suivants : « *Les membres du personnel de riposte doit suivre les opinions de la population et ne pas imposer [les leurs] sur la population* » (Katwa, mars 2019) et « *L'équipe de riposte doit être capable de protéger la population en tenant compte de ses requêtes* » (Mabalako, mai 2019). La plupart des suggestions préconisaient une amélioration des services de santé et le développement du programme de vaccination ainsi que quelques questions soulevées en ce qui concerne les inhumations lors des périodes concernées précédentes. Un engagement permanent et la volonté d'aider ont également été fréquemment cités, « *Pourquoi ne pas déclarer certains jours comme des jours fériés consacrés au virus Ébola afin de permettre à l'ensemble de la population d'être impliqué dans la riposte ?* » (Beni, avril 2019).

<p>Développer ou modifier le programme de vaccination</p>	<p>La bonne manière de lutter contre cette épidémie c'est de nous donner le vaccin. Distribuez le vaccin à la population comme vous l'avez fait pour la méningite et la rougeole. La communauté demande la vaccination pour tous, y compris les enfants et les femmes enceintes. Tout le monde devrait être vacciné, indépendamment des cas avérés. Vous devez mettre un terme aux dépenses inutiles telles que la location de fourgons au lieu de consacrer des fonds aux vaccins.</p>
<p>Encourager le lavage des mains Demandes de stations de lavage des mains et d'approvisionnement en eau.</p>	<p>Fournissez-nous des unités de lavage des mains pour appliquer les mesures d'hygiène. Donnez-nous de l'eau potable pour que l'on puisse avoir une bonne hygiène personnelle. Essayez de vous assurer que l'approvisionnement en eau atteigne les coins les plus reculés de la ville car c'est difficile de se laver les mains sans eau. Nous demandons également aux intervenants de réduire les salaires de leurs agents pour qu'ils soient en mesure d'acheter des stations de lavage des mains. Changez les équipes établies aux postes de contrôle, elles ignorent les activités liées à l'hygiène. L'équipe de riposte et l'équipe de sensibilisation doivent collaborer sur le terrain afin d'éviter les résistances générées par le fait que la population perçoive une contradiction concernant les notions acquises.</p>
<p>Améliorer les services de santé Augmenter la capacité des laboratoires, impliquer des professionnels de la santé locaux, expliquer le traitement, réintroduire les soins gratuits, améliorer les procédures de décontamination.</p>	<p>Lorsque vous venez chercher des cas soupçonnés ou confirmés, il n'est pas nécessaire d'aligner un cortège de véhicules pour un malade, il faut changer ce système. Continuez à traiter les malades malgré la résistance de la population. Préparez les malades psychologiquement avant qu'ils ne soient traités ou examinés. Pour nous aider, plutôt que de gaspiller beaucoup d'argent pour louer des véhicules et des maisons, installez plus de laboratoires consacrés au Ebola et réalisez davantage de dépistages dans les grands hôpitaux pour que l'on puisse être examinés et traités par les médecins qui nous sont familiers. Les patients des CTE doivent être extrêmement bien pris en charge afin de convaincre la population qui oppose de la résistance. Vous devez montrer à la population les médicaments qui sont utilisés au sein des CTE. Ceux qui incendient les CTE doivent être punis. Nos médecins natifs (locaux) doivent être utilisés pour traiter les patients plutôt que (des étrangers). Il serait mieux que les pharmaciens soient formés par les agents de riposte. Un traitement gratuit doit être fourni jusqu'au terme de la maladie à virus Ebola car la population n'a pas d'argent à cause de la guerre (pour payer les soins médicaux). Veuillez demander l'avis du patient et de ses proches avant de le transférer dans un CTE. Les agents de riposte doivent tout mettre en œuvre pour que le patient soit accompagné par son aidant au CTE, comme vous le faites lors des inhumations, de manière alternative, un dirigeant local doit accompagner un malade au CTE. Avant de brûler les vêtements ou le matelas du malade, vous devez d'abord établir l'endroit où vous allez brûler ses vêtements, mais ne pas le faire sur les voies publiques.</p>
<p>Promouvoir la santé communautaire Demandes d'adaptation locale accrue : formation des médecins locaux, implication des dirigeants locaux et stratégies de communication appropriées.</p>	<p>Développez les sessions de sensibilisation car la population oppose toujours une résistance. Lors des sessions de sensibilisation, vous devez impliquer des personnes de chaque cellule (pilier), ne faites pas venir de nouvelles personnalités qui sont perçus comme des étrangers à chaque fois. Les médecins qui sont venus ici doivent également former nos médecins quant à la manière d'examiner la maladie à virus Ebola ; après leur départ, nos médecins [peuvent] aussi continuer à nous traiter. Dites aux agents de riposte d'étudier soigneusement le terrain avant de faire venir des travailleurs sociaux. Les agents de riposte doivent sympathiser avec les membres de la population afin de leur faire comprendre que la maladie existe réellement. Informez toujours le chef qu'une campagne de sensibilisation va avoir lieu dans cette région. Impliquez les Maï-Maï dans les campagnes de sensibilisation et la dispense de soins. Les campagnes de sensibilisation de masse, notamment organisées dans les cinémas et les théâtres, constituent les moyens essentiels pour diffuser le message de lutte contre le virus Ebola à la population. Nous voulons une vidéo qui nous explique toutes les étapes par lesquelles passe une personne atteinte du virus Ebola, pas des dessins ou un dépliant. Nous demandons aux agents sanitaires de réfléchir à une manière de sensibiliser la population au sexe et aux maladies sexuellement transmissibles, car le virus continue de se propager dans le sperme malgré le traitement.</p>
<p>Améliorer les inhumations Demandes d'adaptation locale des inhumations.</p>	<p>Le nombre d'équipes chargées des pratiques funéraires sécurisées et dignes (PFSD) doit être augmenté. Les équipes chargées des pratiques funéraires sécurisées et dignes doivent montrer le cadavre, même s'ils se trouvent dans le sac funéraire, avant de l'inhumer. Lors des interventions de PFSD, elles ne doivent pas être accompagnées de soldats mais de dirigeants locaux. Vous devez laisser à la communauté le soin de transporter le corbillard du lieu de deuil au cimetière. Veuillez toujours impliquer les proches de la personne décédée dans l'inhumation. Nous souhaitons que les expatriés partent et laisse les membres du personnel local s'acquitter du travail – dans tous les cas, ce sont nos concitoyens qui doivent s'occuper de l'inhumation et du reste. Une équipe de PFSD locale doit être présente. Les intervenants doivent être en mesure de faire un prélèvement au domicile de la personne décédée.</p>
<p>Autres suggestions/requêtes Sécurité, concentration sur la situation humanitaire générale et appels au deuil/à la commémoration.</p>	<p>Évacuez les soldats qui sont en faction au sein des CTE car s'ils restent là, le problème de confrontation avec les Maï-Maï ne sera jamais résolu. Évitez d'emmener les gens par la force à chaque fois. Ne venez jamais accompagnés de la police lors des activités de riposte. Nous devons mettre un terme à la résistance pour que cette maladie soit rapidement éradiquée. Nous devons répéter aux membres de la communauté de cesser de lancer des pierres aux membres de l'équipe de riposte ou de les attaquer avec des machettes, sinon nous risquons d'être ravagés par le virus Ebola. Les chefs de cellules, quartiers et municipalités doivent collaborer pour trouver une solution à cette flambée épidémique d'Ebola actuelle et aux incendies perpétrés contre les hôpitaux. Nous demandons à notre gouvernement congolais de nous aider à éradiquer cette épidémie en priorité, mais également de nous aider à mettre un terme aux massacres et à l'insécurité dans notre ville et au sein du territoire de Beni. Nous avons perdu beaucoup de frères et sœurs, nous devons les « immortaliser ». Les agents de riposte doivent étudier l'état psychologique de la communauté. Le gouvernement doit prendre en charge les frais inhérents au transfert d'une personne dans un CTE par l'équipe d'intervention dans le cas où le test se révèle négatif. Afin de résoudre la contradiction existante entre l'équipe soignante, il est nécessaire d'organiser un débat public entre ces deux équipes. Le Ministère de la Santé doit coopérer avec les autres ministères.</p>

Principales conclusions

Sensibilisation au virus Ebola : De manière générale, la prise de conscience concernant le virus Ebola demeure élevée. Une enquête réalisée par la Harvard Humanitarian Initiative (HHI) en mai 2019 a révélé que 95 % des personnes interrogées dans six villes des provinces du Nord-Kivu, du Sud-Kivu et de l'Ituri avaient connaissance du virus Ebola ; toutefois seulement 51 % des personnes interrogées ont indiqué que le virus Ebola était réel, avec une meilleure acceptation à Beni (83 %) et une acceptation plus faible à Uvira (7 %) et à Bukavu (3 %), ce qui met en évidence la nécessité de maintenir un engagement continu en dehors de l'épicentre actuel. Il était préoccupant de constater que l'enquête réalisée par la HHI a également révélé que 40 % de la population à Butembo et 35 % de la population à Katwa ne pensait pas que l'épidémie était réelle. Les retours communautaires recueillis dans l'ensemble des

régions fait état d'une perception générale selon laquelle le virus Ébola est dangereux, et des commentaires tels que « *Ébola est un massacre* » (FICR, Katwa, mars 2019) étaient représentatifs. En outre, les données FICR issues des propos des personnes interrogées à Komanda (mars 2019) ont indiqué que certaines régions avaient été « exclues » des activités de sensibilisation et mettaient en évidence le fait que « *Les intervenants ne doivent pas se limiter à sensibiliser les populations des grandes villes, mais doivent également établir un contact avec les agriculteurs dans la brousse pour qu'ils comprennent le danger inhérent à la maladie à virus Ébola. Assurez-vous d'établir un contact avec les régions les plus isolées* ».

L'enquête réalisée par la HHI au mois de mai a révélé qu'environ la moitié des personnes interrogées à Butembo (43 %) et à Katwa (49 %), et plus de la moitié des personnes interrogées à Uvira (53 %) et à Bukavu (64 %) avaient indiqué ne pas disposer d'informations concernant le virus Ébola. Bien qu'à Beni, 61 % des personnes interrogées aient indiqué que les informations concernant le virus Ébola étaient suffisantes, moins d'un quart des personnes interrogées à Goma (22 %), Bunia (22 %), Butembo (18 %), Katwa (14 %), Bukavu (2 %) et Uvira (2 %) étaient d'accord avec cette affirmation. Les personnes interrogées ont confirmé que leurs sources d'informations privilégiées concernant le virus Ébola étaient les hôpitaux (40 %), leurs proches et leurs amis (38 %), la radio (38 %) et les centres de santé (35 %). À titre de comparaison, une enquête CAP menée à Mandima par le GRSS au mois d'avril a révélé une confiance bien moindre dans les informations concernant le virus Ébola distribuées par le personnel médical (7 %) et une confiance accrue dans les proches (92 %). Bien que cette proportion ait été inversée dans un échantillon similaire de personnes interrogées à Mabalako (respectivement 89 % et 4 %), seulement 29 % des participants ont indiqué avoir réellement reçu des informations de la part des membres du personnel médical.

Connaissance du virus Ébola : Les données ont suggéré qu'il était généralement admis au sein des régions affectées que le virus se transmettait d'une personne à l'autre, mais que la perception que l'on en avait d'une « *maladie mortelle* » sans aucun remède persistait (FICR et Oxfam). L'enquête réalisée par la HHI au mois de mai a révélé qu'un peu plus de 40 % des personnes interrogées à Butembo et Katwa avaient indiqué que toutes les personnes infectées par le virus Ébola décédaient. L'enquête menée par le GRSS en avril 2019 a révélé que 36 % des personnes interrogées à Mandima avaient affirmé que le virus Ébola ne pouvait pas être guéri, comparé à seulement 3 % à Mabalako. D'importantes lacunes ont demeuré sur le plan des connaissances. Le pourcentage de personnes interrogées dans le cadre de l'enquête menée par le GRSS (avril 2019) qui étaient incapables d'énumérer au moins trois manières de prévenir le virus Ébola s'élevait à 59 % à Mabalako et à 41 % à Mandima, et dans toutes les régions au sein desquelles des retours communautaires ont été recueillis, les connaissances essentielles concernant la transmission, les symptômes, la prévention et le contrôle demeuraient incomplètes ou insuffisantes. De nombreuses questions ont été posées quant à l'origine de la flambée épidémique, « *Comment peut-on contrôler une maladie lorsque l'on ne connaît pas son origine ?* » ; « *Quelle est l'origine de la maladie à virus Ébola dans la ville de Butembo ?* » (Oxfam, Katwa, avril 2019). Dans beaucoup de cas, les populations mélangeaient une association de faits et d'informations erronées. Les données issues des retours communautaires ont mis en évidence le fait que certaines personnes interrogées continuaient de suggérer que l'épidémie d'Ébola « *n'existe pas* » (Katwa, Butembo, Mabalako, Karisimbi, Komanda, Beni, Oicha, Goma, et Rwampara, FICR, janvier-mai 2019) et 58 % des personnes interrogées dans le cadre de l'enquête réalisée par la HHI (avril-mai 2019) ont indiqué cela. Toutefois, cette perception semble diminuer avec le temps.¹⁴

Le « statut spécial » conféré au virus Ébola par rapport à d'autres maladies épidémiques telles que le paludisme ou le choléra, ainsi que le manque de symptômes hémorragiques perçus par les patients et la communauté, est un thème récurrent qui contribue à la notion selon laquelle « *Le virus Ébola n'est pas réel* ». Des déclarations parmi lesquelles « *Les personnes décédées à Butembo ne présentaient pas d'hémorragie. Il ne s'agit pas du virus Ébola* » (Oxfam, Katwa, mars 2019) et « *Les signes de la maladie sont différents de ceux que l'on voit sur les affiches, on n'a jamais vu de sang qui s'écoulait du corps* » (Oxfam, Beni, avril 2019) sont fréquemment recueillies. L'association entre le virus Ébola et les hémorragies suscite des inquiétudes quant aux femmes qui sont affectées par des vomissements ou des saignements pendant la grossesse et qui, par conséquent, « *Craignent de recevoir des soins car elles pourraient être perçues comme un cas soupçonné de [virus Ébola]* » (Oxfam, Beni, avril 2019). Une forte association a été révélée dans les données issues des retours communautaires concernant le virus Ébola et les femmes, les enfants, certains groupes sanguins (O ou O+) et les « *plus démunis* », et certains retours attribuaient un certain degré de responsabilité à certains groupes de population, « *Les personnes déplacées et celles qui ignorent l'hygiène propagent la maladie à virus Ébola parmi nous* » (FICR, Mabalako, mars 2019) ; « *Ébola est une maladie intelligente qui reconnaît les plus démunis, ceux qui ne sont pas officiers de police, ce qui ne font pas partie de l'autorité, etc.* » (FICR, Katwa, mai 2019). Dans les régions au sein desquelles la flambée épidémique semble avoir faibli avant que de nouveaux cas n'aient été signalés, les membres de la communauté ont fréquemment reproché aux mouvements de personnes et aux équipes de riposte de contribuer à la transmission (tel que reflété, par exemple, dans les données compilées par Oxfam à Beni, en avril 2019). Des inquiétudes ont été formulées quant au fait qu'un survivant ayant été « *guéri* » présentait encore un risque pour la communauté (potentiellement en raison des risques associés à la transmission par voie sexuelle), « *Si les personnes guéries représentent encore un danger, pourquoi ne pas les éloigner de la communauté dans la mesure où elles constituent un réservoir de maladie à virus Ébola pendant environ 500 jours ?* » (Oxfam, Beni, février 2019). L'on a également constaté un sentiment général selon lequel certains éléments de la riposte représentaient une « *réaction excessive* » (au moins dans les régions sans cas actifs), ainsi que des appels répétés à « *dédramatiser* » le virus Ébola.

Une étude réalisée par Traducteurs sans frontières en février 2019 à Goma (la ville la plus importante de la région qui, au moment de la rédaction de cette note stratégique, n'avait signalé aucun cas), a conclu que les concepts clés liés à la prévention et au traitement étaient largement méconnus du fait de l'utilisation de la langue inappropriée, notamment parmi les femmes âgées de plus de 35 ans et les hommes âgés de plus de 51 ans.¹⁵ Ces groupes étaient également ceux qui avaient le plus de difficulté à interpréter les supports de communication concernant les risques liés au virus Ébola. Par exemple, le terme utilisé sur de nombreux dépliants sur le virus Ébola pour « fièvre » en Swahili (« homa ») signifie « rhume ». Une affiche ayant été analysée a été perçue comme incitant toutes les personnes ayant un rhume à se rendre au centre de traitement d'Ébola, ce qui a suscité un sentiment de confusion et de peur. L'étude a mis en évidence la nécessité de communiquer dans les langues (et les mélanges de langues) utilisés au niveau local, plutôt qu'uniquement en swahili congolais. Même parmi son échantillon de personnes s'exprimant principalement en swahili, l'étude a révélé que l'on faisait davantage référence à certains concepts plus communément appelés à utiliser des termes empruntés à d'autres langues. Par exemple, l'expression « gencives sanglantes » n'était pas largement comprise en français, et le terme utilisé par les participants pour « gencives » était le terme hunde « bihanga ».

Connaissance du virus Ébola parmi les membres du personnel de santé : Une étude réalisée par le GRSS a identifié d'importantes lacunes parmi les membres du personnel de santé : 76 % des membres du personnel de santé interrogés à Mandima et 39 % à Mabalako (n=76 membres du personnel de santé issus de 36 centres de santé, avril 2019) ont indiqué qu'ils estimaient ne pas être suffisamment informés sur le virus Ébola, et la majorité sollicitait des informations concernant la prévention, la vaccination et les

inhumations. L'étude réalisée par le GRSS parmi les membres du personnel de santé à Katwa et Butembo (n=130 membres du personnel de santé issus de 65 établissements privés et publics, mai 2019), a révélé que 63 % des membres du personnel de santé n'avaient pas mentionné la transmission par voie sexuelle, et que 48 % n'avaient pas mentionné le fait de toucher un cadavre comme une voie de transmission potentielle du virus Ebola. À Mabalako, 29 % des membres du personnel de santé interrogés et 30 % de ceux interrogés à Mandima ne savaient pas qu'un traitement thérapeutique contre le virus Ebola était disponible. En comparaison, 95 % des membres du personnel de santé interrogés à Katwa et 89 % de ceux interrogés à Butembo le mois suivant connaissaient l'existence d'un traitement thérapeutique (avec 44 % à Butembo et 3 % à Katwa indiquant qu'il était « expérimental »). En comparant les deux études, il semble que les membres du personnel de santé à Mandima et Katwa aient reçu une formation moindre en matière de communication interpersonnelle que ceux de Mabalako et Butembo. À Mabalako, par exemple, 67 % des membres du personnel de santé ont indiqué avoir reçu une formation quant à la manière de communiquer avec les patients soupçonnés d'avoir contracté le virus Ebola ; néanmoins seulement 17 % des membres du personnel de santé de Mandima ont indiqué cela. À Katwa, 49 % des membres du personnel de santé interrogés et 45 % de ceux interrogés à Butembo ont indiqué ne pas se sentir capables de parler aux patients ou aux membres de leur communauté du virus Ebola, et environ le même pourcentage dans les deux régions (48 %) ont indiqué ne pas être suffisamment informés pour identifier les cas d'Ebola. Une constatation inquiétante issue de l'étude réalisée par le GRSS en avril 2019 a révélé que 100 % des membres du personnel de santé interrogés à Mandima et 77 % de ceux interrogés à Mabalako avaient indiqué qu'ils retireraient leur EPI dans le cas où un patient le leur demandait.

Comportements en matière de prévention : À ce jour, le suivi systématique des changements de comportement ou l'efficacité des stratégies d'engagement communautaire au fil du temps ont été limités.¹⁶ Des enquêtes réalisées par la HHI à Beni et Butembo (septembre 2018, décembre 2018 et mai 2019) fournissent les seules données longitudinales cohérentes, comparables et disponibles (au moment de la rédaction de la présente note stratégique) (voir tableau ci-dessous). À Beni, l'on a constaté des diminutions progressives de plusieurs indicateurs au fil du temps : se laver les mains plus fréquemment que d'habitude (de 97 % à 66 %) ; éviter le contact avec des personnes soupçonnées de s'être rendues dans une région affectée par le virus Ebola (de 87 % à 66 %) ; et éviter le contact avec le cadavre d'une personne récemment décédée du virus Ebola (de 93 % à 78 %). Par opposition, il s'est avéré que certains comportements s'étaient intensifiés à Butembo (à savoir, la réduction des interactions physiques avec autrui, de 46 % à 58 % ; éviter le contact avec des personnes soupçonnées de s'être rendues dans une région affectée par le virus Ebola, de 69 % à 82 % ; éviter le contact avec une personne affectée par le virus Ebola, de 72 % à 85 % ; et éviter le contact avec le cadavre d'une personne récemment décédée du virus Ebola, de 74 % à 85 %). Ces tendances reflètent le déplacement de l'épicentre de la flambée épidémique, de Beni en septembre 2018 à Butembo en mai 2019. Au mois de mai, Novetta a révélé un certain degré de complaisance à l'égard de plusieurs mesures de prévention à Beni, y compris un manque d'entretien des stations sanitaires (lavage des mains) et « *Des méthodes d'élimination inadéquates des équipements de sécurité portés par les membres des équipes de riposte* » (Novetta, 9-16 mai 2019). Les communautés ont continué de poser régulièrement des questions au sujet des pratiques de prévention, y compris le risque posé par la consommation de viande d'animaux sauvages (« *Nous mangeons souvent la viande d'animaux sauvages, mais nous ne sommes pas infectés* », FICR, Komanda, février 2019) et le risque posé par le contact sexuel.

Certains membres de la communauté ont posé la question de savoir pourquoi les barrières empêchant la libre circulation (y compris la quarantaine) et les interdictions temporaires de rassemblements publics n'avaient pas été mises en place lors de précédentes flambées épidémiques de choléra (ceci a surtout été exprimé à Beni, mais également à Butembo et Katwa). Les données issues des retours communautaires recueillis par la FICR ont mis en évidence à plusieurs reprises que les communautés avaient du mal à suivre les conseils IPC donnés par les agents de riposte en raison des ressources en eau restreintes au sein de certaines régions affectées, notamment dans les régions au sein desquelles il y avait un pourcentage élevé de personnes déplacées internes ou (d'anciennes) populations de réfugiés, « *Nous qui vivons ici, n'avons pas accès à l'eau – comment voulez-vous qu'on se lave les mains ?* » (FICR, Nyiragongo, mars 2019). Des retours communautaires compilés par des bénévoles de la FICR ont également signalé des actes de discrimination à l'encontre des communautés déplacées, y compris des déclarations telles que « *Les personnes déplacées et celles qui ignorent l'hygiène propagent la maladie à virus Ebola parmi nous* » (FICR, Mabalako, mars 2019). La note d'information thématique publiée par les CDC et la FICR en mai 2019 a également révélé divers soupçons liés à la recherche de contact, « *C'est vous qui propagez la maladie* » (FICR, Beni) ; « *C'est votre moyen de subsistance* » (FICR, Butembo) et certaines personnes ont suggéré que les agents de riposte « *emmenaient des personnes qui ne sont pas malades* » (FICR, Katwa).

Changements de comportements signalés face au risque posé par le virus Ebola à Beni et Butembo, issus des enquêtes réalisées par la HHI en septembre 2018, décembre 2018 et mai 2019

Énoncé	Beni			Butembo		
	Sept 2018 n=480	Déc 2018 n=302	Mai 2019 n=610	Sept 2018 n=480	Déc 2018 n=300	Mai 2019 n=601
Se laver les mains plus fréquemment	97 %	80 %	66 %	88 %	85 %	82 %
Réduire les interactions physiques avec autrui	77 %	87 %	61 %	46 %	37 %	58 %
Réduire les interactions physiques avec des proches	54 %	86 %	58 %	22 %	11 %	21 %
Éviter le contact avec des personnes infectées par le virus Ebola	82 %	68 %	64 %	72 %	45 %	67 %
Éviter le contact avec des personnes soupçonnées de s'être rendues dans des régions affectées par le virus Ebola	87 %	87 %	66 %	69 %	37 %	82 %
Éviter le contact avec une personne atteinte du virus Ebola	85 %	65 %	76 %	72 %	82 %	85 %
Éviter le contact avec le cadavre d'une personne récemment décédée du virus Ebola	93 %	72 %	78 %	74 %	82 %	85 %

Recours aux services de santé et soins à domicile : Les similarités entre les premiers symptômes du virus Ebola et ceux du paludisme demeurent un défi considérable pour la présentation rapide auprès des services de santé. En outre, certaines suggestions issues des retours communautaires ont révélé que le virus Ebola avait un effet préjudiciable sur l'utilisation des services de santé de manière générale. Les membres de la communauté ont exprimé des inquiétudes quant au fait que « *Toutes les maladies* » étaient apparemment désignées comme étant « *Ebola* », « *Dès que quelqu'un attrape le paludisme, on dit qu'il s'agit du virus Ebola* » (FICR, Butembo). Ceci a continué de contribuer à alimenter la méfiance à l'égard de la riposte, à susciter des inquiétudes quant aux flux

d'argent générés par le virus Ébola, et à renforcer les perceptions des communautés selon lesquelles la qualité des soins dispensés pour lutter contre les autres maladies était négligée. La déclaration était représentative, « *Aujourd'hui, si on a 38 degrés de fièvre, un cortège de véhicules arrive chez vous [que l'on soit atteint d'Ébola ou non]* » (Oxfam, Butembo/Katwa, avril 2019). L'étude réalisée par le GRSS au cours de la période concernée a indiqué que les voies thérapeutiques continuaient d'être influencées par la proximité de la prestation de service, les perceptions de la maladie et les services potentiels, la confiance à l'égard des différentes options et prestataires de service, les connaissances, le pouvoir et l'influence, et les coûts associés. Les obstacles financiers associés au recours aux services de santé étaient limités non seulement par le transport mais également par les frais engagés par l'alimentation et les soins. L'accès aux centres de santé et aux CTE était considéré dans une perspective sociale : la proximité facilitait le suivi de la part des proches et contribuait à ce que les patients maintiennent un degré de connexion sociale avec les membres du personnel de santé, qu'ils connaissent et qui les traitent. Les membres de la communauté ont continué de demander que l'isolement des cas soupçonnés soit basé sur la communauté et que des dépistages soient réalisés au niveau local (comme ce fut le cas lors de précédentes épidémies de choléras lors desquelles les infirmiers locaux, les bénévoles de la Croix-Rouge, et les intervenants communautaires ont fourni un triage et dispensé des soins auprès des unités d'isolement des *Formations Sanitaires* (FOSA) établies dans les écoles). Les membres de la communauté se sont déclarés nettement en faveur du fait que la riposte accepte et renforce la capacité des femmes dirigeantes, des infirmiers et des agents communautaires à dispenser des soins à domicile (équipés des kits de soins à domicile appropriés) (FICR février-mai ; GRSS avril-mai 2019). La note thématique publiée par les CDC et la FICR en mai 2019 a également mis en évidence des demandes de soins à domicile, « *La population estime qu'il vaut mieux mourir chez soi qu'au CTE* » (FICR, Katwa).

Implication avec les établissements de santé publics et privés : Depuis le début de la flambée épidémique, les retours communautaires ont mis en évidence des demandes réitérées d'une intégration accrue des interventions liées au virus Ébola avec le système de soins de santé primaires, y compris une évolution des activités de sensibilisation concernant la vaccination des enfants, la malnutrition et le paludisme. Les demandes d'intégration, de formation et d'implication accrues avec les membres du personnel de santé locaux ont coexisté avec des retours communautaires négatifs suggérant que la confiance dans les membres du personnel de santé (formel) avait chuté au cours de la flambée épidémique d'Ébola. Certains membres de la communauté ont indiqué éviter de se rendre dans les hôpitaux par crainte de contracter le virus Ébola dans les centres de santé, « *La maladie à virus Ébola est désormais présente dans les hôpitaux et ils sont devenus dangereux* » (FICR, Beni et Katwa, mars-avril 2019). On a signalé une baisse de la qualité des soins, des pénuries de médicaments (notamment pour les maladies chroniques), la nécessité d'équipements de contrôle de prévention de l'infection (CPI) supplémentaires, la fermeture de postes de santé et des réductions de personnel dans les centres, « *À l'hôpital général de référence de Beni, les malades ont été abandonnés. C'est la raison pour laquelle les cas soupçonnés de [virus Ébola] ont augmenté* » (Oxfam, avril 2019). Les études menées par le GRSS auprès des membres du personnel de santé (avril-mai 2019) ont révélé que 100 % des participants à Mandima, 74 % d'entre eux à Mabalabo, 58 % d'entre eux à Katwa et 41 % d'entre eux à Butembo avaient indiqué une baisse de la confiance de la communauté en raison de l'épidémie d'Ébola. À Mandima, 100 % des accusations signalées de la part de la communauté étaient associées à leur « *Travail pour Ébola* », tandis que 68 % de celles signalées à Mabalako, 60 % de celles signalées à Katwa et 55 % de celles signalées à Butembo indiquaient que le virus Ébola générait un conflit au sein de leurs communautés. Ces inquiétudes étaient ancrées dans la réalité étant donné le nombre d'infections nosocomiales et de cas confirmés parmi les membres du personnel de santé (121 au 16 juin 2019, dont 37 décès, représentant 6 % des cas).¹⁷ Une constatation inquiétante issue de l'étude menée par le GRSS parmi les membres du personnel de santé en mai 2019 était que 92 % des membres du personnel de santé interrogés à Katwa et 67 % à Butembo ne pensaient pas que leur centre de santé disposait de la capacité d'éradiquer la transmission du virus Ébola, qui était largement attribuée à un manque d'équipement de protection (même basique) (la raison fournie par 84 % des membres du personnel de santé interrogés à Katwa et 32 % de ceux interrogés à Butembo). Dans les données issues des retours communautaires compilés par la FICR, la crainte des établissements de santé publics semblait être plus largement répandue à Butembo, Katwa et Komanda, notamment au cours de la période comprise entre février et avril 2019 lorsque le nombre de cas était le plus élevé dans ces régions. Comme l'a affirmé un membre de la communauté, « *Nous avons peur d'aller à l'hôpital car aujourd'hui, toutes les maladies sont devenues Ébola. Les autres maladies ont disparu* » (FICR, Katwa, février 2019). Les membres de la communauté ont également exprimé des inquiétudes selon lesquelles les professionnels de la santé avaient été « *corrompus par l'argent consacré au virus Ébola* » (« *Cette maladie n'existe pas. Elle a été créée de toute pièce par les blancs et l'UNICEF pour se faire de l'argent* » Goma, février 2019) et étaient susceptibles de « *tuer des gens* » volontairement (FICR, Katwa, mars-mai 2019).

Dans la province du Nord-Kivu, le recours aux services de santé a continué de dépendre fortement du système privé dans la mesure où les populations se dirigeaient vers les pharmaciens et les cliniques privées, y compris les guérisseurs traditionnels modernes, souvent dans le cadre de leur premier plan d'action. Il a été signalé que les médecins privés locaux « *dissimulaient les malades aux agents de la riposte car s'ils vous trouvent, ils vous emmènent directement au CTE* » (Oxfam, Katwa, février 2019). D'après les données disponibles, il semble que les pharmacies n'aient pas été impliquées de manière appropriée dans les activités de riposte malgré leur rôle majeur dans la prestation de soins de santé (et l'orientation potentielle), et dans certaines régions, des inquiétudes similaires ont été signalées concernant le manque d'implication des guérisseurs traditionnels (FICR, Beni, mars 2019). Une étude menée par le GRSS en mai 2019 a révélé que 89 % des membres du personnel de santé à Butembo et Katwa avaient suggéré que les guérisseurs traditionnels modernes n'étaient pas impliqués dans la riposte, et 32 % ont affirmé que les pharmaciens n'étaient pas inclus. Une étude qualitative réalisée par le GRSS et des données issues de retours communautaires ont également suggéré une augmentation de l'automédication au cours de la flambée épidémique, « *Les membres de la communauté préfèrent acheter des médicaments à la pharmacie plutôt que d'aller à l'hôpital par crainte d'être mis dans l'ambulance* » (FICR, Beni, mars 2019) ; « *Nous allons chercher des remèdes traditionnels pour nous soigner nous-mêmes, parce qu'aucun patient que vous avez emmené n'est jamais revenu* » (FICR, Nyiragongo, mars 2019). Il est évident que cela présente le potentiel d'avoir un impact négatif sur le dépistage précoce, l'orientation et le traitement rapide.

Perceptions des CTE : La notion selon laquelle « *Lorsque l'on se rend au CTE, on ne revient pas* » est fréquemment enregistrée parmi les données communautaires compilées par la FICR (par exemple, à Katwa, Butembo, Oicha, Masereka, Bunia e mars-mai 2019) et des accusations ont été proférées selon lesquelles « *Le CTE est une boucherie* », avec un certain scepticisme concernant l'utilisation de médicaments (« *Les médecins injectent aux patients des produits dont ils ne connaissent pas la provenance* », FICR, Beni, mars ; « *On nous fait des piqûres mélangées avec du sel [aux CTE] qui entraînent la mort* », FICR, Katwa, mars 2019) et des sacs mortuaires, ainsi que la crainte que les partenaires de riposte « *volent* » le sang du patient et d'autres parties du corps (par exemple à Katwa et Butembo, données compilées par la FICR, Oxfam, Novetta et le GRSS, février-mai 2019). Parmi les inquiétudes qui continuent d'être exprimées : les membres de la communauté ne sont pas autorisés à rendre visite aux patients et les CTE

manquent de ressources (personnel, équipements) pour traiter et prendre en charge les patients, « *Il paraît qu'au CTE, il n'y a aucun suivi des malades et c'est ce qui entraîne de nombreux décès* » (Oxfam, Butembo/Katwa, avril 2019), « *les gens sont affamés* » (Novetta, Butembo, mai 2019, également parmi les données compilées par la FICR) ; les femmes enceintes doivent désormais accoucher uniquement aux CTE (FICR, mai 2019) ; les gens décèdent d'autres maladies que le virus Ebola aux CTE ; les CTE vont bientôt remplacer les hôpitaux ; les qualifications limitées des membres du personnel du CTE et la qualité des soins ; et les perceptions selon lesquelles un traitement de faveur est accordé à ceux qui ont « les bonnes relations » (note thématique CDC FICR, mai 2019). Des données issues de plusieurs sources mettent en évidence des inquiétudes concernant le dépistage, y compris la raison pour laquelle il y a de longs délais inacceptables entre le dépistage et le partage des résultats (« *Les gens meurent avant de recevoir leurs résultats* », FICR, Katwa, mai 2019), et la raison pour laquelle des dépistages rapides ne peuvent pas être réalisés au sein de la communauté et dans les centres de santé « normaux » (comme pour le paludisme et le VIH). Des résultats contradictoires entre un premier et un deuxième dépistage ont également généré des accusations concernant la validité des dépistages et « *les mensonges des membres du personnel* » (Oxfam, Katwa, avril 2019, également reflété dans les données compilées par la FICR). De nombreuses demandes ont été enregistrées parmi les données issues des retours communautaires recueillis par la FICR pour que le dépistage du virus Ebola soit réalisé au sein des centres de santé existants afin que « *Les gens connaissent leur état de santé avant de se rendre dans un CTE* » où ils craignent de mourir (FICR, Katwa, mai 2019). Des études réalisées par le GRSS ont également mis en évidence des inquiétudes concernant le port d'EPI par les membres du personnel de santé et la couleur des EPI utilisés (L'on s'est exprimé au sujet des EPI selon les termes suivants « *Ils sont vêtus comme des fantômes qui viennent chercher les morts ; Lorsque l'on demande aux proches s'ils veulent porter un EPI blanc, c'est considéré comme un mauvais présage ; et « Le noir et le rouge sont aussi des couleurs associées à la mort, tandis que le bleu (ciel) et le jaune seraient acceptés* »)¹⁸. Les retours communautaires ont également révélé des inquiétudes et des méfiances selon lesquelles « *Des soldats surveillaient les CTE* » (FICR, Katwa, avril 2019), tandis que les médias locaux à Butembo ont signalé que des piétons avaient été « *harcelés* » par des soldats en service devant le CTE, qui confisquaient leur argent et leurs téléphones portables (Novetta, mars 2019).

Connaissance et compréhension du vaccin contre le virus Ebola : Une enquête réalisée par la HHI en mai 2019 a révélé qu'environ 79 % des personnes interrogées sur les sites d'étude avaient connaissance du vaccin contre le virus Ebola. À Beni, Butembo et Katwa, plus de 90 % des personnes interrogées avaient connaissance du vaccin, et 12 % d'entre elles ont indiqué l'avoir reçu. Tandis que l'acceptation du vaccin semblait élevée parmi les personnes interrogées dans les régions actuellement non affectées (74 % des personnes interrogées à Bukavu ont confirmé qu'elles accepteraient le vaccin si on le leur proposait, 73 % à Uvira, 63 % à Goma et 52 % à Bunia), l'enquête a révélé que les attitudes vis-à-vis de la vaccination s'étaient détériorées au fil du temps dans les régions dénombant des cas de virus Ebola. L'enquête réalisée par la HHI en décembre 2018 a révélé que 70 % des personnes interrogées à Beni et 38 % à Butembo avaient indiqué qu'elles accepteraient le vaccin, mais dans l'enquête menée en mai 2019, ce pourcentage avait chuté à 55 % à Beni et 31 % à Butembo. Par ailleurs, les perceptions relatives à l'efficacité du vaccin (selon lesquelles il pourrait prévenir ou guérir la maladie à virus Ebola) avaient également diminué, passant de 83 % à 73 % à Beni et de 53 % à 40 % à Butembo. Depuis le début de la flambée épidémique survenue en août dernier, la confusion (et la frustration) au sujet de la vaccination demeure l'une des questions la plus significative et fréquemment soulevée parmi les retours communautaires recueillis dans l'ensemble des régions, et régulièrement classée comme la préoccupation la plus importante dans les données compilées par la FICR entre février et mai. Les demandes de « *Distribuer le vaccin à la population comme il a été fait auparavant pour la méningite et la rougeole* » (FICR, Katwa, avril) et de « *...Cesser de gaspiller de l'argent pour louer des véhicules onéreux, plutôt que d'utiliser cet argent pour acheter des vaccins supplémentaires* » (FICR, Butembo, mars) étaient les sentiments les plus courants. La croyance en l'existence de deux vaccins a continué d'être exprimée sur l'ensemble des sites : un vaccin étant perçu comme « *réel* » et administré aux « *riches* », aux « *médecins* » et aux « *autorités* », tandis que l'autre était « *factice* », réservé aux patients les plus « *démunis* » et à la communauté (FICR/Oxfam). Les communautés ont régulièrement indiqué qu'elles ne comprenaient pas la stratégie de vaccination sélective ni les critères d'éligibilité car aucun détail n'avait été communiqué à l'ensemble de la population. Ceci a contribué à créer un manque d'informations qui continue d'exacerber la méfiance à l'égard de la riposte et présente de nombreuses répercussions sur la population qui continue de demander, « *Pourquoi les gens sont-ils vaccinés en secret ?* » (Novetta, Beni, avril). D'autres données récemment recueillies à Katwa, Butembo et Mabalako ont associé la réticence face à la vaccination à la nature expérimentale du vaccin (« *J'ai refusé le vaccin à plusieurs reprises. Je ne suis pas un cobaye de laboratoire pour qu'ils testent le vaccin sur mon corps* », Novetta, Beni, avril 2019), et à des craintes liées à de potentiels effets secondaires immédiats et à long terme, dont l'impuissance ; l'effet que le vaccin est susceptible d'avoir sur ceux qui présentent des problèmes de santé préexistants ; le fait qu'il soit susceptible de tuer certains groupes sanguins (groupe O/O+) ; et le fait qu'il contienne du poison (FICR, février-mai 2019). Dans d'autres déclarations, des liens directs ont été établis entre le vaccin et la transmission du virus Ebola, « *Il paraît que cinq ans plus tard, tous ceux qui ont reçu le vaccin vont finir par décéder du virus Ebola* » (FICR, Katwa, mars). Le rapport thématique des CDC et de la FICR publié en mai a également révélé des inquiétudes concernant l'usage de la force pour la vaccination (« *si l'on refuse le vaccin, des agents de police nous arrêtent* », FICR, Rwampara). Traducteurs sans frontières a testé la première page de la version en swahili du formulaire de consentement au vaccin lors de groupes de discussion organisés à Goma en février 2019.¹⁹ Tous les participants ont eu des difficultés à comprendre le formulaire de consentement, notamment dans la mesure où il contenait des termes techniques ou inconnus en français, en swahili congolais élevé ou en swahili standard (de Tanzanie ou du Kenya). Du vocabulaire en apparence basique exprimé en swahili standard, tel que « *fomu* » (« *formulaire* ») et des concepts essentiels tels que « *ridhaa* » (« *consentement* ») ou « *chanjo* » (« *vaccin* ») n'étaient pas bien compris, notamment par les femmes âgées de plus de 35 ans. L'étude a suggéré que « *ruhusa* » était susceptible d'être plus approprié pour désigner « *consentement* » et « *eneo* » pour « *anneau* », même si ces termes doivent être testés sur le terrain sur plusieurs sites. Comme l'a conclu l'une des participantes, « *Ces messages [sur le formulaire du vaccin] doivent être traduits en swahili [local] pour que tout le monde puisse comprendre.* » Parmi les données issues des retours communautaires recueillis par la FICR, des déclarations telles que « *Les vaccinés doivent pouvoir avoir le temps de parler aux personnes concernées* » (Butembo, mai 2019) étaient fréquentes. Ces études, associées aux enquêtes menées par le GRSS à Butembo et Katwa, soulignent la nécessité urgente d'améliorer la communication des risques et les stratégies d'engagement communautaire inhérentes à la vaccination, compte tenu, en particulier, de la mise en œuvre de nouveaux protocoles, et de l'introduction potentielle d'un deuxième vaccin par Johnson & Johnson.

Terminologie utilisée dans la riposte : Les conclusions des enquêtes rapides en cours réalisées par le GRSS à Katwa et Butembo (dont certaines recoupées avec des données compilées par Oxfam, la FICR et Novetta), ont identifié plusieurs termes inhérents au traitement et aux stratégies de riposte contre le virus Ebola qui avaient été traduits du français au swahili congolais mais qui perturbaient les membres de la communauté lorsqu'ils étaient utilisés dans des communications et des documents.²⁰ Compte tenu du contexte d'insécurité lié au conflit armé et à la dynamique politique locale, cette confusion est susceptible d'avoir contribué à aggraver

les informations erronées et les soupçons. Par exemple, lancer une « alerte » était considéré comme le fait d'alerter la police lorsque quelque chose n'allait pas (habituellement, on n'alerte pas une ambulance, on appelle plutôt un médecin). Les membres de la communauté ont associé le terme avec le fait d'« être emmené » par les services de sécurité, ce qui était intrinsèquement négatif. Le terme « positif » était considéré comme présenter la signification de « tout va bien » ; par conséquent, le fait de l'employer dans le cadre de résultats de tests s'est révélé paradoxal. Dans certains cas, un résultat « positif » était compris comme étant « bon » (par opposition à négatif) et cela a généré le fait que de nombreuses familles refusent d'être référées à un CTE (un problème également identifié dans la manière dont les résultats aux test VIH étaient communiqués dans la région). Le terme « cas d'Ébola » était considéré comme étant deshumanisant, et il a été suggéré que les termes « malade », « souffrant », ou « patient » étaient plus appropriés. Il a été révélé que les termes « survivant » et « conquérant » présentaient de fortes associations avec la guerre et le conflit : un survivant est compris comme étant un soldat qui revient d'une guerre ; un conquérant comme une personne qui aurait dû mourir mais qui s'est échappée. Ces deux termes ont renforcé les liens présumés entre le virus Ébola et la violence et l'insécurité persistantes, et la notion selon laquelle le virus Ébola a été introduit délibérément pour éliminer les populations nande (à savoir, en tant qu'« arme de guerre », qui « était uniquement destiné à une tribu »).²¹ Pour d'autres, le terme « survivant » présentait des associations spirituelles avec les fantômes – dans les croyances religieuses nande locales, les « survivants » désignent l'esprit d'une personne décédée qui revient de l'au-delà. L'enquête réalisée par Interpeace en mai 2019 a suggéré que la crainte du virus Ébola avait été exacerbée par le langage utilisé par les équipes de riposte pour communiquer avec les communautés affectées.

Pratiques funéraires : Les données issues des retours communautaires recueillis par la FICR entre septembre et mars ont indiqué une baisse considérable des signalements d'inquiétudes et d'informations erronées concernant les pratiques funéraires sécurisées et dignes (PFSD), et le suivi réalisé par les médias locaux a indiqué une baisse similaire du nombre et du type de plaintes liées aux pratiques funéraires parmi les principaux médias régionaux basés à Goma et les médias locaux de moindre importance y compris les stations de radio locales (Novetta, février-mai 2019). Des déclarations plus positives ont été identifiées parmi les retours communautaires recueillis par la FICR et Oxfam, « Avant, les intervenants dissimulaient les cadavres, mais aujourd'hui, c'est bien parce qu'ils ont accepté d'inhumer les morts à l'endroit souhaité par la famille, merci pour cela » (FICR, Mabalako, mars 2019). Grâce à une reconnaissance accrue de la nécessité de PFSD et de leur demande croissante, des suggestions quant à la manière de les améliorer ont également été régulièrement identifiées parmi les retours communautaires, notamment en ce qui concerne la fourniture de formation et d'assistance aux communautés pour les impliquer dans la préparation d'un corps avant une inhumation (FICR, Oxfam, tous sites, février-mai 2019). Des analyses réalisées par le GRSS ont indiqué que la préparation d'un corps après un décès dans un CTE devait inclure le fait qu'au moins un des membres de la famille voit le visage de la personne décédée ou qu'on lui remet une photographie ou une vidéo du cadavre (Butembo et Katwa, décembre 2018-février 2019). Traditionnellement, ce sont les femmes âgées qui sont responsables de la préparation d'un corps (fermer les yeux, la bouche, laver le corps, corriger la posture, arranger la coiffure et habiller le corps) tandis que les hommes creusent la tombe et s'occupent du transport du corps (GRSS/Oxfam, février-mai 2019). Il a été signalé que des communautés avaient refusé que l'on procède à une inhumation car un trou n'avait pas été fait dans le sac mortuaire, et que le cercueil n'avait pas été tourné (pour respecter les croyances spirituelles des nande) (GRSS/Oxfam, février-mai 2019). Des inquiétudes concernant l'inhumation de femmes enceintes avec le fœtus « in utero » continuent d'être exprimées. Il a également été relevé que les cercueils constituaient un point de tension. Il est socialement important que les familles soient en mesure d'acheter et de choisir le cercueil en signe de respect et, tandis que la plupart du temps, la fourniture du cercueil par la riposte avait été bien accueillie (« Je suis reconnaissant envers l'équipe de riposte de nous avoir fourni des cercueils et de nous accompagner pendant l'inhumation », Oxfam, Beni, février 2019) on ignore encore l'étendue de cette pratique. Certains membres de la communauté se sont plaints du manque d'options de transfert en espèces et de la mauvaise qualité des cercueils fournis (GRSS, Butembo et Katwa, avril 2019). D'autres inquiétudes liées aux pratiques funéraires ont continué de circuler et d'être identifiées parmi les données issues des retours communautaires, souvent liées au délai entre la notification et l'arrivée de l'équipe chargée des PFSD (« Alors que le corps est en décomposition »), aux perceptions selon lesquelles la riposte « traque » les corps, prélève des organes et enterre des gens vivants dans des sacs mortuaires (IFRC/Oxfam, plusieurs sites, février-mai). Dans certains cas, les longs délais d'attente ont généré le fait que des groupes de jeunes et politiques se mobilisent pour empêcher les équipes de riposte d'accéder aux sites (données compilées par le GRSS et identifiées dans des rapports de l'OMS et de l'UNICEF).

Soutien psychosocial : Les communautés affectées ont clairement exposé la tension que la flambée épidémique imposait sur leurs vies quotidiennes, « Les problèmes liés à la maladie nous nous effraient beaucoup car nous avons le sentiment de ne pouvoir profiter de rien avant que la maladie ne soit éradiquée, et nous risquons de perdre confiance en tout ce que vous nous dites. La flambée épidémique d'Ébola prendra-t-elle fin un jour ? » (FICR, Mabalako, mai 2019). Les communautés ont continué de demander que la riposte fasse preuve de davantage de sensibilité et ont exprimé de nombreuses inquiétudes et craintes (« Ce sont les personnes chargées d'Ébola ; n'ouvrez pas la porte », FICR, Goma, février 2019) qui se superposent aux tensions extrêmes imposées sur leur vie quotidienne dans la province du Nord-Kivu, notamment en raison de l'insécurité permanente : « Si la maladie à virus Ébola se propage à nouveau dans les régions déjà sous contrôle, nous allons être plongés dans le désespoir » (FICR, Mabalako, mars 2019) ; « Les conditions de sécurité improvisées actuelles nous plongent dans la crainte et le désespoir ; à nos yeux, seul Dieu demeure la solution et la réponse finale à ce danger auquel nous sommes confrontés » (FICR, Mabalako, mai 2019). Reconnaisant ce besoin, des services de santé mentale et de soutien psychosocial (MHPSS) continuent d'être fournis aux communautés situées au sein des régions affectées et à risque (y compris Beni, Mabalako, Butembo, Goma, Bunia et Komanda) par des « agents psychosociaux » recrutés localement qui fournissent un soutien psychologique et matériel aux individus et aux familles affectés par le virus Ébola, ainsi qu'aux survivants.²² Dans leurs retours, les membres de la communauté ont demandé un soutien psychologique renforcé, notamment concernant la « préparation » avant de se rendre dans un CTE, par exemple grâce à l'utilisation de courtes vidéos destinées à présenter l'environnement du CTE ainsi que les mesures de PCI avant l'admission (FICR, Katwa, avril 2019).

Les suggestions faites par la communauté incluaient les éléments suivants : « Préparer les malades psychologiquement avant qu'ils ne soient traités ou examinés » (FICR, Katwa, mars 2019), et « Faire son possible pour que le patient et son aidant puissent se rendre ensemble au CTE. Nous souhaitons qu'un proche soit autorisé à être l'aidant d'une victime du virus Ébola pendant le traitement, comme vous le faites lors des obsèques » (FICR, Butembo, février 2019). L'UNICEF continue d'assister les agents psychosociaux et a suggéré que tout au long de la période considérée (février-mai 2019), l'un des principaux problèmes opérationnels était que ces agents de l'équipe de riposte étaient souvent notifiés ou appelés trop tard par les équipes de surveillance et autres intervenants, notamment concernant le fait d'impliquer les individus, les familles et les communautés avant le transfert d'un patient dans un CTE. La stigmatisation associée au virus Ébola et aux soins dispensés aux CTE semblait généralisée et se manifestait de diverses manières. Dans les retours communautaires recueillis par Oxfam à Katwa (avril 2019), un membre de la communauté explique, « Tous les voisins me détestent, ceci dit, j'ai été corrompu par la riposte parce qu'après le décès de mon enfant au CTE, j'ai accepté la

décontamination, les inhumations sécurisées, la vaccination, et d'autres choses », tandis qu'un autre conclut, « Je suis un vainqueur d'Ébola. Lorsque je témoigne [devant la communauté], on me dit que je suis une personne « connue » et que c'est la raison pour laquelle je suis toujours en vie ». Il a été remarqué que des personnes décédaient dans les CTE car elles étaient victimes de « tension nerveuse, d'anxiété, car leur famille leur manquait et à cause du manque de visites » (FICR, Mabalako, mai 2019) et dans les retours communautaires recueillis par la FICR, les communautés soulignaient le fait qu'elles souhaitaient ressentir que les décès « avaient de l'importance » pour les équipes de riposte (Mangina, mai 2019). Les demandes de commémorations formelles accrues des êtres chers décédés ont été renforcées durant toute la période concernée. Aucune donnée sociologique liée de manière spécifique aux survivants n'a été identifiée pour analyse, même si parmi les données issues des retours communautaires recueillis par la FICR, il y avait de nombreuses requêtes selon lesquelles la riposte devait partager des informations supplémentaires relatives aux taux de survie et aux expériences de survivants, « Nous souhaitons voir des rapports indiquant combien de personnes sont guéries » (Butembo, février-avril 2019). Les agents psychosociaux assistés par l'UNICEF ont indiqué que de nombreux survivants du virus Ébola n'avaient pas connaissance des services médicaux de suivi gratuits, des avantages (par exemple, remboursement du transport, aide alimentaire, etc.) et des soins psychologiques spécifiques auxquels ils étaient éligibles dans le cadre du Plan national des survivants d'Ébola.

Perceptions communautaires de la riposte : Dans l'enquête réalisée par la HHI (avril-mai 2019), un peu moins du quart des personnes interrogées à Butembo et Beni (n=1 191) ont indiqué qu'elles avaient eu un contact avec des agents humanitaires / de riposte, et des contacts positifs ont été plus fréquemment signalés à Beni (90 %) qu'à Butembo (48 %) et Katwa (41 %). Davantage de personnes interrogées à Beni (plus de 60 %) ont également indiqué qu'une assistance pour lutter contre le virus Ébola était fournie dans les régions où cela était le plus nécessaire et que le personnel sur le terrain était suffisamment informé pour répondre aux questions concernant le virus Ébola ; à titre de comparaison, moins d'un quart des personnes interrogées à Butembo et Katwa étaient d'accord avec ces déclarations. Bien que les données issues des retours communautaires recueillis par la FICR incluaient des demandes répétées d'« *Éradiquer la flambée épidémique rapidement* », elles contenaient également de nombreuses déclarations de reconnaissance, d'encouragement et de gratitude à l'égard des agents de riposte et pour les sacrifices qu'ils faisaient (tous sites, février-mai 2019) : « *Vous avez de grands cœurs ; vous ne vous découragez pas* » (Katwa, mars 2019), « *Ils font un travail respectable* » (Beni, mars 2019) et « *Si vous n'étiez pas présents dans la région, la population locale aurait été exterminée* » (Mabalako, mars 2019). En réalité, la reconnaissance pour la promotion de la santé constituait la catégorie de déclarations la plus importante parmi les données issues des retours communautaires recueillis par la FICR (avec 11 892 déclarations collectées entre janvier et avril 2019). Malgré cela, les données issues des retours recueillis dans l'ensemble des régions ont suggéré que la flambée épidémique continuait d'être largement considérée comme « *une combine pour gagner de l'argent* », « *un commerce* » ou « *une maladie fabriquée de toutes pièces* ». Les critiques étaient particulièrement axées sur la répartition des ressources et l'appropriation globale de la riposte, qui était considérée comme état dirigée de l'extérieur avec une implication locale insuffisante (FICR et Oxfam, tous sites, février-mai 2019).

De nombreux appels ont été lancés pour que la riposte « *cesse de gaspiller de l'argent* » dans des locations de véhicules, des hôtels luxueux et le recrutement de personnel provenant de Kinshasa (par exemple, des messages diffusés sur les réseaux sociaux au mois d'avril suggéraient que l'OMS et MSF employaient uniquement du personnel parlant français et lingala afin de « *Tuer plus facilement la population locale car les médecins locaux auraient eu pitié de leurs frères* », comme il a été signalé par Novetta). Le thème le plus courant parmi les données compilées par la FICR sur l'ensemble des sites était que le virus Ébola était une combine pour gagner de l'argent (« *Ébola est une maladie commercialisée...il s'agit d'une arnaque* », Butembo, mars 2019) et des perceptions généralisées continuent de se propager selon lesquelles le personnel médical, les politiciens et d'autres bénéficiaient de la riposte et prolongeaient intentionnellement la flambée épidémique par des actes de sabotage, en gonflant le nombre de cas ou en propageant délibérément le virus (« *Comment savons-nous que ce ne sont pas les agents de riposte qui ont incendié les CTE à Katwa pour prolonger leur séjour à Butembo comme cela a été le cas avec la stratégie MONUSCO* », Interpeace, Mutsanga, mars 2019). Les membres de la communauté demeurent préoccupés par ce qu'ils ont considéré comme un manque d'engagement communautaire, « *Les équipes n'ont pas impliqué les locaux* ». « *Est-ce qu'ils pensent que les locaux ne sont pas capables de résoudre correctement ces problèmes ?* » ; « *Pourquoi parlez-vous d'engagement communautaire mais que vous faites venir des étrangers qui ne parlent pas notre langue ?* » (Oxfam, Katwa, avril 2019).

En outre, le rapport thématique des CDC et de la FICR publié en mai 2019 a indiqué que le comportement de certains agents de riposte était susceptible d'alimenter la méfiance, « *La manière dont les intervenants viennent arracher un patient soupçonné d'être atteint du virus Ébola à sa famille n'est pas correcte* » (FICR, Beni) ; « *Demandez l'opinion du patient et de la famille avant de le transférer au CTE* » (FICR, Karismibi). Une enquête réalisée par le GRSS a également suggéré que les approches initiales d'engagement communautaire étaient trop focalisées sur un petit nombre de dirigeants locaux, sans implication suffisante des structures traditionnelles (du chef régional au niveau communal) qui maintenaient une autorité significative (GRSS, Butembo et Katwa, janvier-mars 2019). Les frustrations communautaires ont été liées, en partie, au manque d'implication des anciens et des « *sages* » (dirigeants locaux respectés) dans la riposte (par exemple, dans l'inauguration du CTE de Kirimavolo) ce qui a été interprété par certains comme une insulte aux traditions nande (« *De quel genre de projet s'agit-il si la communauté en est le bénéficiaire mais que les responsables négligent les pratiques culturelles des Nande qui valorisent les personnes âgées au sein du village* », Interpeace, Kirimavolo, mars 2019). De nombreuses demandes ont également été exprimées concernant le fait que la riposte évite une collaboration étroite avec la police et l'armée, « *Le comportement des intervenants nous fait peur lorsqu'ils viennent chercher quelqu'un avec beaucoup de camions et de soldats* » (FICR/Oxfam, Katwa, mars-avril) ; « *Nous ne sommes pas d'accord avec vous parce que vous êtes escortés par des officiers de police lors de vos opérations ; nous nous sommes rendu compte que vous étiez des escrocs.* » (FICR, Mabalako, mars 2019). Dans sa recherche-action réalisée en mars 2019, Interpeace a conclu que les perceptions selon lesquelles la riposte était hiérarchisée et imposée (« *Le communicateur de la riposte a adopté un style de supériorité, en ayant toujours raison et en voulant imposer ses convictions sans options de retours* » Katwa, mars 2019) étaient également liées au manque d'implication avec les organisations de la société civile qui pourraient fournir un lien efficace à la communauté et permettre de dépasser les rumeurs et les perceptions négatives. Tandis que les équipes de riposte ont impliqué des membres de la société civile, Interpeace a remarqué que cela semblait avoir été effectué davantage au niveau individuel plutôt qu'au niveau institutionnel, bien qu'il ait été confirmé que plusieurs groupes ont activement soutenu la riposte, y compris *Lutte Pour Le Changement* (LUCHA), *Solidarité Féminine Pour la Paix et le Développement Intégral* (SOFEPADI), *Centre Pour La Promotion de la Santé* (CEPROSAN), *Programme de Promotion de Soins Santé Primaires* (PPSSP) entre autres. L'enquête AP réalisée au mois de mai par le GRSS a révélé que 53 % des membres du personnel de santé interrogés à Butembo et Katwa attribuaient la persistance de la flambée épidémique à un manque d'engagement communautaire.

Déplacements des populations : La mobilité des communautés au sein des provinces du Nord-Kivu, du Sud-Kivu et de l'Ituri continue de présenter un facteur de risque majeur pour la propagation transfrontalière du virus et l'étendue continue à d'autres zones de santé avoisinantes en RDC. L'enquête réalisée par la HHI (mai 2019) a révélé que 40 % des personnes interrogées à Goma et Uvira avaient indiqué se rendre au moins occasionnellement dans les pays frontaliers. Les déplacements dans d'autres territoires et provinces étaient plus élevés parmi les personnes interrogées à Goma et Bukavu. Comme indiqué plus haut, les retours communautaires ont révélé des déclarations de soupçons et de craintes associant la libre circulation des populations à la transmission de la maladie, et ont remis en question les mesures établies, « Pourquoi les barrières sont-elles ouvertes à tout le monde sans aucun contrôle ? » ; « Prendre la température des gens au différents points de contrôle est inutile... il y a une faille dans la surveillance des équipes de riposte » ; « Pourquoi ne pas placer des barrières dans les villages où il y a des personnes atteintes du virus Ebola ? » (FICR, Mabalako, mai 2019). Les premières victimes du virus Ebola à Bwera, dans l'ouest de l'Ouganda, étaient les membres d'une famille ougandaise qui s'étaient rendus en RDC et étaient rentrés chez eux en empruntant un sentier transfrontalier non surveillé, ce qui met en évidence les fréquents déplacements transfrontaliers des populations en provenance de pays voisins.

Violence et insécurité : Les données issues des retours communautaires indiquent des menaces de violence permanentes à l'encontre de la riposte contre le virus Ebola, avec une intensification des niveaux d'hostilité au sein de l'ensemble des zones de santé en avril 2019, directement après les élections législatives du mois de mars²³ : « Dans la zone de santé de Vuhovi, sept agents de riposte ont déjà été identifiés parmi les membres du personnel médical qui seront tués un par un » (FICR, Katwa, FICR, mars 2019) ; « Après la riposte, ceux qui collaborent [avec elle] seront kidnappés, massacrés, et leurs maisons incendiées » (FICR, Katwa mars 2019). Dans les études réalisées par le GRSS auprès des membres du personnel de santé (avril et mai 2019), 23 % des personnes interrogées à Mabalako et 37 % à Mandima ont indiqué avoir subi des menaces à l'encontre de leurs centres médicaux à cause du virus Ebola, tandis que 59 % des membres du personnel médical à Butembo et 53 % à Katwa a indiqué avoir le sentiment d'être menacé par une attaque. Dans les données issues des retours communautaires, certains membres de la communauté ont expliqué avoir refusé de rejoindre la riposte par crainte de représailles, « Je ne suis pas allé travailler parce que j'ai peur d'être battu ; on me dit que je serai recherché après la riposte [si je participe] » (Oxfam, Katwa, avril 2019) ; « Je ne veux pas m'impliquer dans la riposte parce que les autres vont penser que je reçois de l'argent de leur sang » (Oxfam, Katwa, avril 2019). Les femmes commerçantes qui sont impliquées dans les recherches-actions réalisées par Interpeace (Katwa, mars 2019) ont exprimé des inquiétudes concernant l'emplacement du CTE, en faisant remarquer que les eaux d'écoulement en provenance du CTE polluaient la rivière dans laquelle elles lavaient leurs vêtements, et dans laquelle se baignaient et jouaient les enfants. Dans ce contexte, l'une des participantes a exprimé des remerciements à ceux qui avaient incendié le CTE car elle avait le sentiment que les autorités locales et les partenaires de riposte n'avaient pas écouté leurs préoccupations selon lesquelles « Le CTE est un danger pour l'ensemble de la communauté ». Toutefois, les retours communautaires ont également révélé des commentaires positifs et des demandes de reconstruction rapide des CTE incendiés à Butembo et Katwa, « Pour que les bénévoles de MSF reviennent à Katwa », et pour que « Tous ceux qui luttent contre les équipes de riposte soient traqués et traînés devant la justice » (FICR, avril 2019). Les explications diffusées sur les réseaux sociaux concernant les personnes responsables de ces attaques ont été variées et attribuées aux actes de violence constants perpétrés à l'encontre du Président en exercice Felix Tshisekedi, des groupes Mai-Mai locaux, des politiciens locaux et d'anciens membres du personnel du CTE, entre autres (Novetta, avril 2019, voir également note stratégique SSHAP, « Politique, fractions et violence : à l'écoute des voix locales sur le virus Ebola », basé sur des documents datés de février-avril 2019).²⁴ Les communautés continuent de remettre en cause le parti pris que s'est vu octroyer le virus Ebola (avec l'afflux d'argent, de ressources et de personnel correspondant), et ont été frustrées par le manque de résistance internationale pour mettre un terme à la violence, « Pourquoi ceux qui décèdent du virus Ebola sont-ils inhumés avec les honneurs, tandis que ceux qui sont poignardés ou tués par balles sont inhumés dans une fosse commune ? » (Oxfam, Beni, mars 2019).

Contact

Veillez nous contacter si vous avez une demande directe relative à la riposte au virus Ebola en RDC, ou concernant un dossier, des outils, une expertise technique ou une analyse à distance supplémentaire, ou si vous souhaitez rejoindre le réseau de conseillers, veuillez contacter directement la Plateforme Social Science in Humanitarian Action en envoyant un e-mail à Juliet Bedford (julietbedford@anthrologica.com) et Santiago Ripoll (s.ripoll@ids.ac.uk).

Centres de liaison clés Plateforme : UNICEF (robregon@unicef.org)
OMS (bhatiaseviap@who.int) et (barryr@who.int);
FICR (ombretta.baggio@ifrc.org) ;
Commission Communication en RDC (jdshadid@unicef.org);
Groupe de recherche des sciences sociales GOARN (nina.gobat@phc.ox.ac.uk).



La Plateforme Social Science in Humanitarian Action : A Communication for Development est un partenariat entre UNICEF, l'Institute of Development Studies (IDS) et Anthrologica. Un financement supplémentaire pour soutenir l'intervention de la Plateforme face au virus Ebola en RDC a été fourni par le Wellcome Trust et le DFID.

Études incluses dans la note stratégique de synthèse

Organisations	Description de l'étude	Période de collecte des données	Méthodes
GRSS (MOH, UNICEF, OMS et al.)	Enquête qualitative sur les perceptions communautaires et des membres du personnel de santé	Janvier 2019	13 groupes de discussion et 77 entretiens avec les intervenants clés à Butembo et Katwa. Visites de sept FOSA.
GRSS (MOH, UNICEF, OMS et al.)	Étude exploratoire sur l'impact éventuel du virus Ébola (et de la riposte) sur l'utilisation sanitaire pour les services de santé maternelle et infantile	Janvier 2019	Étude des méthodes mixtes au sein de l'ensemble des zones de santé à Katwa. Cinq groupes de discussion avec 46 participants dans cinq FOSA.
GRSS (MOH, UNICEF, OMS et al.)	Données qualitatives sur l'acceptation de la vaccination pour les femmes enceintes/allaitantes et les jeunes enfants	Février 2019	Enquête qualitative à Butembo et Katwa. 15 groupes de discussion et 15 entretiens avec les intervenants clés avec 127 membres de la communauté et membres du personnel de santé.
GRSS (MOH, UNICEF, OMS et al.)	Intégration du virus Ébola dans les services de santé et promotion, y compris concentration sur la compréhension des itinéraires thérapeutiques	Février – mai 2019	39 groupes de discussion et 156 entretiens avec les intervenants clés dans les zones de santé de Butembo et Katwa.
GRSS (MOH, UNICEF, OMS et al.)	Questionnaire d'enquête	Avril 2019	Sondage auprès de 76 membres du personnel de santé au sein de 19 zones de santé à Mabalako et Mandima.
GRSS (MOH, UNICEF, OMS et al.)	Questionnaire d'enquête	Mai 2019	Sondage auprès de 130 membres du personnel de santé au sein de 21 zones de santé à Katwa et Butembo.
HHI	Enquête à grande échelle	Avril – mai 2019	Échantillonnage aléatoire d'adultes : Goma (451), Beni (610), Butembo (581), Katwa (216), Bukavu (307), Uvira (301), Bunia (696).
FICR	Tableau de bord des retours communautaires en ligne contenant des données de perception qualitatives	Février - mai 2019	Un total de 41 648 commentaires issus de retours communautaires, 41 178 questions et 43 555 suggestions. Pour plus d'informations sur le système et la méthodologie, veuillez consulter : https://odihpn.org/magazine/bringing-community-perspectives-decision-makingebola-response-democratic-republic-congo/
FICR	Rapport de synthèse thématique : « Refus et réticence vis-à-vis : du suivi de contact et de la surveillance ; Centres de Traitement d'Ébola ; et vaccination contre le virus Ébola »	Janvier - avril 2019.	47 156 déclarations et 165 093 codages de données communautaires collectées par des bénévoles de la Croix-Rouge.
Interpeace	Cartographie des incidences sur la résistance à la riposte contre Ébola	février - avril 2019	20 groupes de discussion avec 415 participants et 60 entretiens individuels à Butembo, dans la ville de Beni et sur le territoire de Beni.
Novetta	Analyse sociale PALM	Février - mai 2019	Trois enquêtes menées auprès de participants sélectionnés de manière aléatoire : Beni (n=100) Butembo/Katwa (n=100) Mangina (n=50). Un échantillonnage médiatique traditionnel suivi a enregistré 20 000 citations et 3 500 articles à consultation libre, des transcriptions radio et des communiqués de presse. La surveillance des réseaux sociaux a couvert 1 500 utilisateurs de WhatsApp, 25 pages communautaires, et environ 3000 tweets par mois.
Oxfam	Retours communautaires recueillis lors de rassemblements communautaires, de réunions de sensibilisation massives, de réunions d'informations, à la radio, sensibilisation porte à porte.	Février – mai 2019	692 déclarations issues de retours communautaires, en provenance de Katwa, Beni, Mandima et Mabalako.
Traducteurs sans frontières	Enquête qualitative sur les besoins des communautés en matière de langues et d'informations, focalisée sur Goma. Elle incluait une analyse des supports de communication des risques inhérents au virus Ébola parlés, écrits et picturaux (affiches, brochures, formulaires de consentement au vaccin).	Février 2019	Enquête menée auprès de 216 participants et six groupes de discussion avec 75 personnes. Les participants étaient des adultes, de sexe, d'âge d'origine ethnique, et de localisation géographique différents (basé sur un système de quota).
UNICEF	Données qualitatives ordinaires issues des retours PSS	En cours	Collectées lors de visites sur le terrain par 814 agents psychosociaux recrutés au niveau local.

Références et notes

- ¹ SSHAP (2019). "Social science and behavioural data compilation, DRC Ebola outbreak, November 2018-February 2019". https://opendocs.ids.ac.uk/opendocs/bitstream/handle/123456789/14389/SSHAP_data_compilation_brief_2_March_2019.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- ² SSHAP (2018). "Social science and behavioural data compilation – November 2018". https://opendocs.ids.ac.uk/opendocs/bitstream/handle/123456789/14144/SSHAP_data_compilation_brief_November_2018_updated.pdf
- ³ WHO, External Situation Report 46, 18 June 2019. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/325405/SITREP_EVD_DRC_20190618-eng.pdf?ua=1
- ⁴ WHO External Situation Report 27 - 5 Feb, https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/279992/SITREP_EVD_DRC_20190205-eng.pdf?ua=1
- ⁵ WHO External Situation Report 27 - 5 Feb, https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/279992/SITREP_EVD_DRC_20190205-eng.pdf?ua=1
- ⁶ On 19 April, an attack by armed militia resulted in the tragic death of Dr Richard Mouzoko Kiboung, a WHO epidemiologist, and the injury of two other healthcare workers. Following the attack, Ebola response activities were temporarily suspended in some high-risk health areas. In Butembo and Katwa, the response was reduced to a "stop and go" pattern following a civil demonstration by members of a local moto-taxi drivers union. As a result, vaccination sites in Butembo, Katwa, Kalunguta, Vuhovi, Lubero and Masereka health zones were inaccessible for five consecutive days. In a separate event, on 3 May 2019, a safe and dignified burial (SDB) team in Katwa was also attacked after conducting a SDB of a confirmed case.
- ⁷ The Ministry of Health and the World Health Organization have set up a tracker mapping out the various response activities available in the affected areas. The tracker for May can be accessed from https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/activites_s21.pdf
- ⁸ Des informations supplémentaires relatives au système et à la méthodologie sont disponibles sur : <https://odihpn.org/magazine/bringing-community-perspectives-decision-makingebola-response-democratic-republic-congo/>
- ⁹ Toutes les positions sont basées sur la fréquence et ont été fournies par les CDC et la FICR.
- ¹⁰ SSHAP (2019). "Politics, fractions and violence: listening to local voices on Ebola. Local media update #3 (February-April 2019)". https://opendocs.ids.ac.uk/opendocs/bitstream/handle/123456789/14497/SSHAP_Local_and_social_media_brief_3%20February_April_2019.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- ¹¹ The category 'Ebola characteristics and consequences' includes statements about characteristics of the EVD outbreak, such as its duration, severity or seriousness, person, place, time. It also includes speculation about who is affected; statements acknowledging that Ebola exists and that it's real, that people believe in Ebola; statements about the impacts/outcomes of the EVD outbreak on individuals (survival or death) and communities (poverty, families, orphans); concerns about whether Ebola exists and about the Ebola virus and includes characteristics of the disease, its symptoms, and the person's notions about what Ebola is and what they believe Ebola to be.
- ¹² There were 668 'other' comments reported in February, 702 in March, 655 in April and 202 in May 2019. 'Other' is a very heterogeneous group of comments that do not fit any of the codes in the current codebook being used by CDC to analyse the data. Comments in the 'other' category are regularly reviewed to identify new codes, although given the high workload, re-coding earlier data with new codes has not yet been possible. In February-May 2019, statements coded as 'other' included questions indicating suspicion with response measures ("Are we going to abandon our relatives?", "Why can't you manage to put an end to this disease?", "Why don't you tell the truth?"), transport and travel related queries ("How do we go about our means of transport here in Goma (bus)?", but also: "during the cholera epidemic, barriers were erected, why not for Ebola? Why don't you block the entry and exit of people so this disease couldn't spread to other places?") and bush meat related concerns ("Are all meats sold in the butcher shops healthy?"; and: "when the end of Ebola is proclaimed, will bats be edible?").
- ¹³ There were 655 'Other' suggestions made in February, 1,007 in March, 1,032 in April, and 467 in May 2019. Between February-May 2019, suggestions coded in the 'other' category included requests that the government should increase social services outside of the Ebola response; provide disinfectant products; improve decontamination procedures at the community level; improve coordination between response teams; increase social services; and block roads to put an end to the Ebola outbreak. There were a significant number of comments that appealed for increased security measures to guarantee safety and the end of war whilst "Demilitarising the armed forces at the ETC response sites" as "They are the ones who cause the resistance to grow because health is not dependent on the Ministry of Defence". There were calls for prayers to end Ebola and people also expressed the need for other materials, items or services to help fight Ebola including protective clothing and remuneration for burnt items during decontamination, and the examination of animals to ensure they were healthy.
- ¹⁴ SSHAP (2019). "Politics, fractions and violence: listening to local voices on Ebola. Local media update #3 (February-April 2019)". https://opendocs.ids.ac.uk/opendocs/bitstream/handle/123456789/14497/SSHAP_Local_and_social_media_brief_3%20February_April_2019.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- ¹⁵ Translators without Borders (2019). "Missing the mark? People in eastern DRC need information on Ebola in a language they understand". <https://translatorswithoutborders.org/missing-the-mark-people-in-eastern-drc-need-information-on-ebola-in-a-language-they-understand/>
- ¹⁶ There is a current lack of longitudinal survey data across the region. Different data sets measure different indicators and often questions have not been asked in the same form making comparisons challenging. It is understood that measures are being taken to overcome this.
- ¹⁷ WHO, External Situation Report 46, 18 June 2019. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/325405/SITREP_EVD_DRC_20190618-eng.pdf?ua=1
- ¹⁸ UNICEF External Situation Report – 28 April 2019. https://www.unicef.org/appeals/files/UNICEF_DRC_Ebola_Humanitarian_Situation_Report_28_April_2019.pdf
- ¹⁹ Translators without Borders (2019). "Missing the mark? People in eastern DRC need information on Ebola in a language they understand". <https://translatorswithoutborders.org/missing-the-mark-people-in-eastern-drc-need-information-on-ebola-in-a-language-they-understand/>
- ²⁰ Groupe de Recherche en Sciences Sociales (2019). "Briefing Note: Perceptions des mots et langage de la riposte."
- ²¹ SSHAP (2019). "Politics, fractions and violence: listening to local voices on Ebola. Local media update #3 (February-April 2019)". https://opendocs.ids.ac.uk/opendocs/bitstream/handle/123456789/14497/SSHAP_Local_and_social_media_brief_3%20February_April_2019.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- ²² Ministry of Health and the World Health Organisation (2019): "RD Congo - Ituri et Nord-Kivu : Suivi des activités des commissions engagées dans la riposte contre la Maladie à Virus Ebola (Semaine 21 : du 20 au 26 mai 2019)" https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/activites_s21.pdf.
- ²³ SSHAP (2019). "Politics, fractions and violence: listening to local voices on Ebola. Local media update #3 (February-April 2019)". https://opendocs.ids.ac.uk/opendocs/bitstream/handle/123456789/14497/SSHAP_Local_and_social_media_brief_3%20February_April_2019.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- ²⁴ SSHAP (2019). "Politics, fractions and violence: listening to local voices on Ebola. Local media update #3 (February-April 2019)". https://opendocs.ids.ac.uk/opendocs/bitstream/handle/123456789/14497/SSHAP_Local_and_social_media_brief_3%20February_April_2019.pdf?sequence=1&isAllowed=y