

Ce dossier résume les problèmes sociaux-culturels clés, liés à l'introduction du vaccin (sVSV-ZEBOV) en RDC concernant la flambée épidémique d'Ébola en mai 2018. Nous devrions en parler davantage, mais étant donné l'introduction imminente du vaccin, la priorité a été accordée à la transmission des considérations clés et des recommandations immédiates, en particulier pour l'engagement communautaire. Des discussions informelles se sont tenues avec des collègues de l'OMS, l'UNICEF, l'Université de Sussex, l'Université d'Édimbourg, l'Institut de Recherche pour le Développement, le Réseau Anthropologie des Épidémies Émergentes, le Social Science in Humanitarian Action Platform, la London School of Hygiene and Tropical Medicine, l'Institut Pasteur et d'autres organisations, mais la responsabilité de ce dossier revient à Anthrologica.

Considérations clés

- Le positionnement du vaccin dans le contexte local est essentiel pour assurer l'acceptation de la communauté et réduire le risque de ramifications négatives qui pourraient avoir un impact sur l'ensemble de la réponse.
- Dans les protocoles et lignes directrices actuels, les stratégies d'engagement communautaire sont limitées et se concentrent principalement sur le recrutement des participants à l'essai et leur consentement.
- La vaccination en anneau se concentrera sur les contacts et les contacts de contacts. Il y a des implications significatives (et potentiellement à long terme) liées au fait que certaines personnes d'une communauté sont vaccinées alors que d'autres ne le sont pas. Les risques associés à la méfiance, à la suspicion et à la stigmatisation sont élevés. Dans une certaine mesure, l'engagement communautaire peut minimiser le risque d'associations négatives, mais pour être efficace, l'engagement doit être mis en œuvre avant, pendant et après l'introduction du vaccin.
- Le contexte sociopolitique des zones touchées (Bikoro, Iboko, Wangata et Mbandaka) est susceptible d'influencer la façon dont le vaccin est perçu par les communautés. Il existe un solide précédent historique de relations tendues à cause de questions d'ethnicité, de religion, de marginalisation, de droits fonciers contestés, etc.^{1,2,3}
- Le manque d'infrastructure sanitaire influencera également la façon dont le vaccin est reçu par les communautés :
 - Dans l'ensemble du pays, 40 % des zones sanitaires ont abandonné les services de vaccination à cause de problèmes logistiques et de ressources limitées.⁴ Dans la province de l'Équateur, seulement 33% des enfants (12-23 mois) sont vaccinés. Les faibles taux de couverture de la vaccination systématique dans tout le pays signifient que 14 % des enfants de moins de 5 ans meurent de maladies évitables par la vaccination.⁵
 - Le niveau de connaissance et de familiarité avec la vaccination est faible. La vaccination de routine de type campagne se déroule généralement pendant la Semaine mondiale de la vaccination (24-30 avril) et se concentre uniquement sur les enfants (plutôt que sur la communauté au sens large).
 - Les coûts associés à la recherche de soins de santé (y compris les frais au point de prestation des services) empêchent un grand nombre de personnes d'avoir accès aux services. Lorsque les coûts sont supposés exister, il a été démontré que le meilleur prédicteur de l'utilisation du vaccin est le niveau d'éducation du receveur.⁶
- Les étiologies des maladies locales influencent la façon dont les communautés perçoivent Ébola et de nombreux modèles explicatifs sont enracinés dans les systèmes de croyances locales (par exemple la sorcellerie, la causalité liée aux mauvais esprits, les ancêtres perturbateurs, les punitions). Cela détermine ce qui est perçu comme étant des soins « appropriés », et on peut s'attendre à ce que cela entrave la mise en œuvre de mesures préventives, y compris la vaccination.⁷
- Lors de précédentes flambées épidémiques (par exemple Boende 2014), des rumeurs ont circulé selon lesquelles les agents d'intervention chargés de la surveillance et de la détection active des cas injectaient du sang autochtone avec Ébola, et que les agents d'intervention prenaient (« sucer ») le sang des gens pour le vendre.^{8,9} D'autres rumeurs (par exemple, Isoro 2012, Bas-Uele 2017) suggéraient qu'Ébola était importé par des étrangers et qu'il y avait une grande méfiance à l'égard de la médecine occidentale, des intervenants internationaux « blancs » et des intervenants non locaux (par exemple, de Kinshasa et d'autres régions).^{9,10} Avec l'introduction de la vaccination, ces questions seront probablement amplifiées.
- En dehors du contexte d'Ébola, il a été signalé que certaines communautés associent la vaccination à l'infection et à l'isolement (par exemple au Katanga).⁶ Cela pourrait accroître la méfiance à l'égard de la vaccination en anneau, en particulier dans un contexte d'urgence.
- Des groupes religieux influents ont conseillé aux congrégations de ne pas se faire vacciner (par ex. contre la poliomyélite), et lors de précédentes flambées d'Ébola (par ex. Boende 2014), certaines églises ont affirmé que « seule la prière » peut arrêter la maladie.^{11,12}
- La vaccination en anneau est introduite pendant le Ramadan. Il y a peu d'informations sur l'acceptabilité de la vaccination pendant le mois de jeûne et l'impact que cela peut avoir localement.¹³

Recommandations

- L'engagement de la communauté dans les directives actuelles doit être adapté pour aller au-delà des questions de recrutement et le potentiel de la vaccination est introduit dans l'ensemble de la communauté en utilisant la langue locale appropriée.
- En plus de transmettre des informations clés, la stratégie communautaire doit viser à obtenir l'adhésion et l'acceptation de la communauté, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur de l'anneau avant le début de la vaccination. Elle doit inclure des stratégies visant à réduire les risques associés à la méfiance, à la suspicion et à la stigmatisation (liés au fait d'être et de ne pas être vacciné).
- La vaccination en anneau doit être expliquée avec soin à l'ensemble de la communauté pour s'assurer que les communautés affectées et non affectées comprennent largement pourquoi certaines personnes sont/ne sont pas vaccinées (y compris les critères d'inclusion/exclusion). Il sera également nécessaire d'expliquer pourquoi le vaccin est introduit maintenant plutôt que lors des flambées précédentes (en particulier pendant le Bas-Uele 2017).
- Différents points d'entrées communautaires doivent être utilisés. Si les orientations actuelles suggèrent un engagement avec les « dirigeants locaux », elles doivent être sensibles aux formes souvent complexes de leadership alignées sur l'organisation sociale locale. Les élites locales à tous les niveaux doivent être impliquées : les autorités du système de santé (nationales, provinciales, de district et de zone) ; les autorités administratives (nationales, provinciales, territoriales, de groupement) ; et les autorités coutumières qui ont également un statut légal (chefferies). A cause d'une la dynamique intragroupe, il ne faut pas présumer que tout le monde fait toujours confiance aux dirigeants locaux.^{2,3}
- Les personnes qui administrent le vaccin et facilitent la consultation et l'engagement de la communauté doivent être soigneusement considérés compte tenu du contexte sociopolitique, en particulier en ce qui concerne les structures de pouvoir locales et la méfiance à l'égard des intervenants nationaux internationaux et non locaux. Il est important d'utiliser des mobilisateurs locaux de confiance qui peuvent être formés spécifiquement sur l'engagement lié à la vaccination en anneau en plus de la réponse plus large à Ebola. Qui est le mieux placé pour agir à cet égard doit faire l'objet d'un accord au niveau local.
- Il est impératif de travailler à travers et en alignement avec les structures de confiance existantes. Les *relais communautaires* (RECO) et les *Comités de Développement Sanitaire* (CODESA) sont normalement élus par leurs communautés et sont souvent moins politiques que les autres représentants communautaires. De même, les équipes mobiles de l'unité mobile de la maladie du sommeil ont une connaissance détaillée des réalités sanitaires locales, en particulier dans les régions éloignées, et devraient être impliquées.
- Les guérisseurs locaux sont souvent des prestataires de soins de première ligne, en particulier dans les contextes où l'accès aux services de santé formels est limité. De nouveau, ils devraient être engagés dans le cadre d'une stratégie d'engagement communautaire plus large, mais aussi recevoir des informations pertinentes et précises pour soutenir la vaccination en anneau.^{14,15}
- Les institutions religieuses locales ont une influence significative. Elles sont un élément clé pour mobiliser les communautés et pour construire la confiance et l'acceptation de la vaccination en anneau, doivent soutenir l'intervention. L'introduction du vaccin doit être sensible au Ramadan dans les communautés musulmanes.
- L'engagement communautaire devrait expliquer pourquoi les adultes sont ciblés (par opposition aux enfants dans la vaccination de routine) et devrait être adapté pour répondre aux préoccupations des membres de la communauté qui peuvent être plus réticents à accepter la vaccination (par exemple, à cause de croyances locales, de niveaux d'éducation plus faibles, d'une exposition limitée à la vaccination, de l'appartenance à un groupe marginalisé, etc).
- La procédure de consentement est orientée vers l'inscription à l'essai. Le processus d'obtention du consentement éclairé devrait être considéré davantage que le simple fait d'obtenir la signature d'un formulaire. Alors que le consentement éclairé individuel est nécessaire pour assurer la participation volontaire d'une personne, le consentement éclairé de la communauté est nécessaire pour obtenir le soutien de l'ensemble de la communauté et expliquer aux participants les risques liés à leurs réseaux sociaux. Il s'agit d'un élément important pour réduire la méfiance et la stigmatisation potentielle associée au fait de ne pas être vacciné et devrait être intégré dans les processus de consultation communautaire.
- Certains messages inclus dans les lignes directrices existantes sont problématiques et peuvent être améliorés. Les déclarations qui pourraient être perçues comme contradictoires devraient être affinées et devraient atténuer activement les craintes que le vaccin « donnera » Ebola aux gens. Les messages sur les effets secondaires potentiels devraient être cohérents et les directives sur ce qu'il faut faire en cas d'effets secondaires et les soins qui seront prodigués devraient être clairement expliqués à l'ensemble de la communauté. Ne pas assurer l'adéquation culturelle et rendre l'information accessible, pertinente et compréhensible équivaut à ne pas protéger les sujets humains.
- Les stratégies d'engagement devraient insister sur le fait que le vaccin n'est pas une « solution miracle » et devraient souligner pourquoi les comportements de protection (comme le lavage des mains) et les mécanismes de contrôle doivent être maintenus malgré la vaccination.

- L'engagement de la communauté doit être continu. Ainsi, les questions et les préoccupations sont soulevées, le dialogue communautaire sert de plateforme pour : (a) fournir des informations supplémentaires pour éviter qu'un vide de l'inconnu ne se développe ; et (b) permettre à la réponse de suivre les questions émergentes, les rumeurs et les interprétations populaires (du vaccin et d'autres interventions) qui peuvent ensuite être abordées et résolues de façon proactive et systématique.
- Une étude KAP de référence (épidémie de base - Uele 2017) a indiqué que si seulement 36% des personnes interrogées connaissaient le vaccin, 92% d'entre elles étaient prêtes à se faire vacciner. Ceci est positif et suggère que si la vaccination avait été introduite de manière appropriée, elle aurait probablement été bien acceptée. On ne sait pas si cela reflète les attitudes dans les zones de l'épidémie actuelle. Le KAP a mis l'accent sur les questions de la communauté (qui serait ciblé pour la vaccination et pourquoi ; quelle était l'efficacité du vaccin ; quels étaient ses effets secondaires ; quand et d'où provenait le vaccin ; a-t-il été fabriqué spécifiquement pour la RDC). Ces questions devraient être abordées directement par le biais de stratégies d'engagement communautaire. Des enquêtes KAP rapides devraient maintenant être menées dans les zones touchées afin de fournir des « données suffisamment bonnes » pour guider les opérations dans ces localités

¹ Gorleau, G. (2017). *A Silent Crisis in Congo: The Bantu and The Twa in Tanganyika*. International Rescue Committee Report, Governance Technical Unit.

² Lewis, J. (2000) *The Batwa Pygmies of the Great Lakes Region*. Vol. 209. London: Minority Rights Group International.
<http://archive.niza.nl/docs/200301301200533545.pdf>

³ Samdong, R. A. (2016). *Institutional Choice and Fragmented Citizenship in Forestry and Development Interventions in Bikoro Territory of the Democratic Republic of Congo*. Forum for Development Studies, 43:2, 251-279.

⁴ Gavi Tailored Approach for the DRC, 2013-2017; quoted in Path (2016) *Immunization in the Democratic Republic of the Congo. Landscape Analysis and Policy Recommendations*. <https://www.path.org/publications/detail.php?i=2664>

⁵ DRC Comprehensive Multi-Year Plan, 2015-2019; quoted in Path (2016) *Immunization in the Democratic Republic of the Congo. Landscape Analysis and Policy Recommendations*. <https://www.path.org/publications/detail.php?i=2664>

⁶ Merten, S., Schaetti, C., Manianga, C., et al., (2013). *Sociocultural Determinants of Anticipated Vaccine Acceptance for Acute Watery Diarrhea in Early Childhood in Katanga Province, Democratic Republic of Congo*. www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3771276.

⁷ UNICEF (2017). *Plan de Communication*, UNICEF, Bas-Uele outbreak 2017.

⁸ Ministère de La Santé Publique (2014). *Module de formation sur l'apport de l'anthropologie à la riposte aux flambées de l'épidémie de la MVE*.

⁹ Ministère de La Santé Publique (2014). *Module de formation en communication sociale, comportementale et de risque et / ou crises en cas d'une flambée de l'épidémie de la maladie à virus Ebola*.

¹⁰ Musene Santini, B. (2017). *Aspects socio-anthropologiques de la riposte post-Ebola dans la ZDR de Likati*. OMS.

¹¹ UNICEF (2016). *Maternal and Newborn Health Disparities: Democratic Republic of the Congo (DRC)*.
https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/COD_country%20profile.pdf

¹² UNICEF (2012). *In DR Congo, communications efforts are turning back religious resistance to the polio vaccine*.
https://www.unicef.org/health/drcongo_65183.html

¹³ Peiffer-Smadja, N. et al. (2017). *Vaccination and blood sampling acceptability during Ramadan fasting month: a cross-sectional study in Conakry, Guinea*. *Vaccine* 35(19): 2569-2574.

¹⁴ Maganga, G. D. et al. (2014). *Ebola virus disease in the Democratic Republic of Congo*. *New England Journal of Medicine* 371.22: 2083-2091.

¹⁵ Falisse, J, et al. (2018). *Indigenous medicine and biomedical health care in fragile settings: insights from Burundi*. *Health policy and planning* 33.4: 483-493.