

Compilation de données en matière de sciences sociales et comportementales, flambée épidémique du virus Ébola, novembre 2018 - février 2019

Cette brève compilation d'analyses de données fournit un « état des lieux » des données en matière de sciences sociales et comportementales 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 ensembles de données et, dans la mesure du possible, les différences par zone géographique, groupe démographique, période de temps et autres variables pertinentes. Les sources de données sont indiquées à la fin du document.

Cette note stratégique est axée sur les données générées entre novembre 2018 et début février 2019, et inclut également des études réalisées au mois d'octobre, mais seulement mises à disposition pour analyse en novembre 2018. Elle est fondée sur une précédente note stratégique de compilation de données de la SSHAP qui faisait la synthèse des données en matière de sciences sociales et comportementales générées entre août et octobre 2018.

Cette note stratégique a été élaborée par Kevin Bardosh (Université de Washington), Ingrid Gercama et Juliet Bedford (Anthrologica), avec l'assistance de la Plateforme Social Science in Humanitarian Action et du Groupe de recherche des sciences sociales GOARN. Des contributions ont également été apportées par des collègues des CDC, de l'UNICEF, de l'OMS, de la FICR, de la Harvard Humanitarian Initiative (HHI), de l'École d'hygiène et de médecine tropicale de Londres (LSHTM) et de l'Institute for Development Studies (IDS).

Réponses communautaires : thèmes et questions

Plusieurs organisations, y compris la FICR ainsi que la Société nationale de la Croix-Rouge, Oxfam, l'UNICEF, l'OMS, l'IRC, d'autres ONG et des partenaires locaux compilent des réponses communautaires dans les provinces du Nord-Kivu et de l'Ituri. D'après les organisations œuvrant sur le terrain, les réponses communautaires 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.

La FICR (avec l'assistance des CDC) compile et analyse régulièrement les réponses communautaires recueillis par la Société nationale de la Croix-Rouge depuis août 2018.ⁱ Le tableau suivant présente les cinq thèmes les plus fréquemment identifiés parmi les réponses communautaires recueillis par les bénévoles de la Croix-Rouge entre novembre 2018 et le 9 février 2019 (le thème classé en 1^{ère} position représentant le thème le plus fréquemment abordé).ⁱⁱ Au cours de la période considérée, 14 143 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 réponses 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 et la majorité des réponses recueillis entre novembre 2018 et janvier 2019 étaient axés sur des thèmes associés au fait que le virus Ébola ait été propagé par une intervention du gouvernement. Les critiques ou observations du système de santé ont également prédominé au cours de la période concernée et, en février 2019, constituaient le thème le plus fréquemment abordé, notamment 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 ont récemment connu une résurgence de violence dirigée à l'encontre des équipes de riposte et des partenaires.

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

	Novembre 2018	Décembre 2018	Janvier 2019	9 février 2019
	8834 codages	10 482 codages	7633 codages	2440 codages
	Beni, Bunia, Butembo, Kasenyi, Katwa, Mabalak, Mandima, Masereka, Musienene, Oicha, Rwampara	Beni, Bunia, Butembo, Katwa, Komanda, Mabalako, Mandima, Masereka, Musienene, Oicha	Beni, Butembo, Katwa, Komanda, Mabalako, Mandima, Oicha	Beni, Butembo, Katwa, Mabalako, Masereka, Musienene, Oicha
1ère position	Le virus Ébola est une invention du gouvernement ou et autres	Le virus Ébola est une invention du gouvernement ou et autres	Le virus Ébola est une invention du gouvernement ou et autres	Critiques ou observations du système de santé
2e position	Autre ⁱⁱⁱ	Critiques ou observations du système de santé	Critiques ou observations du système de santé	Le virus Ébola est une invention du gouvernement ou et autres
3e position	Critiques ou observations du système de santé	Caractéristiques et conséquences du virus Ébola	Le virus Ébola constitue une activité commerciale	Caractéristiques et conséquences du virus Ébola

ⁱ Des informations supplémentaires relatives au système et à la méthodologie sont disponibles sur : <https://odihpn.org/magazine/bringing-community-perspectives-decision-making-ebola-response-democratic-republic-congo/>

ⁱⁱ Tous les classements sont basés sur la fréquence et ont été fournis par le CDC et la FICR.

ⁱⁱⁱ La catégorie « Autre » constitue un groupe de suggestions extrêmement hétérogènes qui ne correspondent à aucun des codages figurant dans le guide de codification actuellement utilisé par les CDC pour analyser les données. Les suggestions figurant dans la catégorie « autre » sont régulièrement examinées afin d'identifier de nouveaux codes même si, étant donné l'importance de la charge de travail, le recodage de données précédentes n'a pas encore été possible. En novembre 2018, par exemple, des déclarations codées sous la rubrique « autre » incluaient des appréciations relatives aux membres de l'équipe de riposte et aux soins de santé gratuits ; des préoccupations inhérentes aux vols et aux avantages politiques générés par la procédure de riposte ; à la discrimination parmi les personnes vaccinées ; aux questions concernant les signes et les symptômes ; aux préoccupations concernant les procédures de riposte y compris la conséquence de l'exposition au chlore sur l'état de santé général. D'autres suggestions exprimaient de la reconnaissance à l'égard de proches qui ont été gratifiés pour leur participation à des protocoles d'inhumation sécurisée ; appelaient à l'octroi de subventions destinées aux populations locales ; et exprimaient des préoccupations quant au fait qu'Ébola soit une maladie « propagée par les blancs » et/ou propagée par la nourriture.

4e position	Le virus Ebola constitue une activité commerciale	Le virus Ebola constitue une activité commerciale	Caractéristiques et conséquences du virus Ebola	Le virus Ebola constitue une activité commerciale
5e position	Critiques ou observations de la procédure de riposte	Causes du virus Ebola	Critiques ou observations de la procédure de riposte	Critiques ou observations de la procédure de riposte

Des questions formulées par les membres de la communauté ont également été identifiées parmi les réponses communautaires. Au cours de la période concernée, 10 916 questions formulées parmi les réponses communautaires recueillis par la Croix-Rouge ont été compilés et analysés par la FICR et les CDC. Les questions concernant le virus Ebola, ses conséquences, son traitement, et le vaccin continuent de dominer. Encore une fois, la catégorie de questions classée en 1^{ère} position représente celle la plus fréquemment abordée.

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

	Novembre 2018 7098 codages	Décembre 2018 8306 codages	Janvier 2019 5111 codages	9 février 1791 codages
	Beni, Bunia, Butembo, Kasenyi, Katwa, Mabalak, Mandima, Masereka, Musienene, Oicha, Rwampara	Beni, Bunia, Butembo, Katwa, Komanda, Mabalako, Mandima, Masereka, Musienene, Oicha	Beni, Butembo, Katwa, Komanda, Mabalako, Mandima, Oicha	Beni, Butembo, Katwa, Mabalako, Masereka, Musienene, Oicha
1ère position	Vaccin	Virus Ebola et ses conséquences	Virus Ebola et ses conséquences	Virus Ebola et ses conséquences
2e position	Virus Ebola et ses conséquences	Vaccin	Autre ^{iv}	Diagnostic, traitement, CTE, système de santé
3e position	Diagnostic, traitement, CTE, système de santé	Diagnostic, traitement, CTE, système de santé	Procédure de riposte	Vaccin
4e position	Autre ^v	Autre ^{vi}	Vaccin	Procédure de riposte
5e position	Procédure de riposte	Procédure de riposte	Diagnostic, traitement, CTE, système de santé	Autre ^{vii}

Les éléments suivants constituent une série de questions posées à plusieurs reprises entre novembre 2018 et février 2019 tel que l'indiquent les réponses communautaires compilés par la Croix-Rouge et Oxfam et énoncés lors des études qualitatives réalisées par la Commission Communication, la Commission WASH-IPC, l'UNICEF, l'OMS, Oxfam, Medair, l'IRC, et Mercy Corps.¹ Les questions sont regroupées par thème principal, et non par ordre de fréquence.

Vaccins Efficacité, qualité et consentement	Les personnes vaccinées peuvent-elles infecter les autres ? Le vaccin entrave-t-il la fécondité des femmes ? Pourquoi ne pas donner le vaccin à tout le monde ? N'y a-t-il pas moyen de vacciner l'ensemble de la population ? Pourquoi administrer à la population un vaccin qui est en phase expérimentale ? Quel sera le sort d'une personne qui refuse de se faire vacciner ? Le vaccin est-il administré à titre de prévention ou en tant que traitement ? Pourquoi investir autant d'argent pour fournir des médicaments aux hôpitaux lorsqu'il n'y a pas suffisamment de vaccins pour tout le monde ?
Procédures de riposte Argent consacré au virus Ebola, fonctionnalité et hiérarchisation	Qui rémunère les équipes de riposte ? Est-il vrai que les personnes qui effectuent des signalements obtiennent 100 \$? Les numéros d'appel gratuit ne fonctionnent pas, que faire ? Si nous appelons la nuit, allez-vous intervenir ? En cas d'urgence, si l'on n'a pas de crédit sur son téléphone, comment peut-on appeler l'assistance téléphonique ? Pourquoi venez-vous avec autant de fourgons pour venir chercher une personne malade ? Pourquoi sont-ils toujours accompagnés de la police/de l'armée ? Pourquoi emmenez-vous les personnes suspectées d'être infectées de force ? Est-il nécessaire de brûler la maison d'une personne atteinte du virus Ebola ? Pourquoi accorder autant d'importance au virus Ebola plutôt qu'aux massacres et aux autres maladies ?
Diagnostic / traitement Résultats, qualité des soins	Peut-on se remettre de la maladie ? Peut-on survivre au virus Ebola ? De quelle manière les soins sont-ils dispensés au sein du CTE ? Les patients peuvent-ils manger ? Quel traitement prennent-ils ? Est-ce gratuit ? Les soins sont-ils de bonne qualité ? Pourquoi n'y a-t-il pas plus de CTE ? Pourquoi les infirmières et médecins locaux ne sont-ils pas impliqués dans les soins ? Pourquoi seuls le sont-ils des médecins étrangers ? Les soins médicaux gratuits incluent-ils également la circoncision ? Y a-t-il un terme pour les soins gratuits ?
Virus Ebola et ses conséquences Développements épidémiologiques, vulnérabilité	D'où vient le virus ? Pourquoi s'est-il propagé ici, dans la province du Nord-Kivu et pas ailleurs ? Pourquoi, avec tous les moyens mis à disposition pour une riposte, n'est-on pas en mesure d'éradiquer cette épidémie ? Quand prendra-t-elle fin ? Pourquoi les femmes sont-elles beaucoup plus affectées que les hommes ? Le virus Ebola peut-il demeurer dans les poitrines de femmes qui sont guéries du virus Ebola ? Pourquoi les hommes ne peuvent-ils pas coucher avec les femmes après avoir guéri ?

^{iv} En novembre 2018, les questions codées dans la catégorie « Autre » incluaient l'efficacité du traitement au sein des CTE, le fait de savoir si des patients décédés du virus Ebola étaient susceptibles de « contaminer la terre » lorsqu'ils étaient inhumés, la mise à disposition de stations de lavage des mains, l'origine et la cause du virus, la manière de distinguer le virus Ebola d'autres maladies communes, y compris le SIDA, la manière de mettre en quarantaine les zones sanitaires suspectées, la manière de protéger les groupes vulnérables spécifiques, à quel moment l'on doit demander de l'aide lorsque quelqu'un tombe malade, la différence entre les différentes souches de virus en Guinée et à l'Équateur, et des informations supplémentaires concernant les procédures de riposte.

^v En décembre 2018, les questions codées dans la catégorie « Autre » incluaient des demandes de conseils concernant la manière de contrôler le bétail afin d'éviter la propagation du virus Ebola, des questions relatives à la résistance du virus, le fait de savoir si le virus était réel, si le virus était résistant, si le gouvernement faisait vacciner les soldats et les policiers, quelle est la différence entre un empoisonnement et le virus Ebola, pourquoi les mesures de sensibilisation ne sont-elles pas plus efficaces, qui a été le premier à découvrir le virus, des préoccupations concernant la fourniture de soins de santé gratuits, et des préoccupations concernant le fait de ne pas disposer d'un apport nutritionnel suffisant dans le cas où les populations n'avaient plus accès à la viande de brousse.

^{vi} En janvier 2019, les questions codées dans la catégorie « Autre » incluaient la manière dont les membres des équipes de riposte percevaient les différences entre le virus Ebola et les autres maladies communes, la raison pour laquelle les individus avaient cessé de se serrer la main, la raison pour laquelle les médecins étaient toujours étrangers, combien de souches du virus Ebola différentes il existait, des inquiétudes concernant des familles dissimulant des cas suspectés et des biens matériels du défunt aux équipes de riposte, la raison pour laquelle les individus n'étaient pas permis de voter lors des élections, ce qui se passera lorsque le virus Ebola sera éradiqué, comment devenir membre de la Croix-Rouge et si l'organisation continuera à œuvrer lorsque l'urgence aura été levée.

^{vii} En février 2019, les questions codées dans la catégorie « Autre » incluaient la raison pour laquelle les hôpitaux étaient fermés, la raison pour laquelle la procédure de riposte utilisait des mesures violentes, y compris des gaz lacrymogènes, la raison pour laquelle la flambée épidémique se poursuivait et à quel moment elle allait prendre fin, la raison pour laquelle les membres des équipes de riposte n'écoutaient pas les messages formulés par la population, la raison pour laquelle les dirigeants étaient complaisants à l'égard des mesures d'hygiène, des préoccupations concernant « les fonds consacrés au virus Ebola », des préoccupations selon lesquelles les populations des régions affectées ne seraient pas permis de voter après la flambée épidémique, la manière dont les populations pouvaient promulguer des soins à leurs malades (par exemple, des soins à domicile), la meilleure manière de faire confiance aux intervenants, et la raison pour laquelle il y avait une absence frustrante de réaction de la part du gouvernement.

Résultats cliniques inhérents au virus Ebola et comportements protecteurs	Peut-on contracter le virus Ebola lorsque l'on marche pieds nus ? Quels animaux doit-on éviter de manger ? Pourquoi n'a-t-on jamais vu les signes réels du virus Ebola, comme par exemple les saignements, comme sur les affiches ? Le virus existe-t-il vraiment ? Pouvez-vous montrer la photo de personnes qui meurent du virus Ebola ? La fumée des matelas, vêtements, draps et autres matériaux appartenant à des patients atteints du virus Ebola ne peut-elle pas contaminer les communautés environnantes avec le virus Ebola ?
Inhumations Comportement des équipes chargées des inhumations, adaptation des pratiques d'inhumation	Les membres de la famille peuvent-ils être présents ? Où emmène-t-on le corps avant l'inhumation ? Est-il nécessaire de brûler les effets personnels ? Pourquoi les équipes chargées des enterrements sécurisées et dignes (ESD) procèdent souvent aux inhumations pendant la nuit ? Pourquoi les membres des équipes chargées des ESD s'habillent-ils sur place ? Pourquoi les membres des équipes chargées des inhumations ne tombent-ils pas malades ? Pourquoi les membres des équipes de riposte ne pleurent-ils pas ? Pourquoi inhume-t-on des personnes de force, avec la présence de policiers ? Pourquoi ne montre-t-on pas le corps du défunt à ses proches, comme le veut la coutume ? Est-il pour que les cimetières où sont inhumés les corps de victimes du virus Ebola ne peuvent pas contaminer les autres ? Quel est le rôle du sac mortuaire ? Pourquoi d'autres personnes procèdent-elles à des inhumations sans protection comme vous nous l'avez dit ?
Autres questions Activité commerciale constituée par le virus Ebola	Pensez-vous que les hommes politiques ne sont pas en contact avec les équipes de riposte ? Pourquoi le virus Ebola s'est-il arrivé juste à l'approche des élections ? Le virus Ebola est-il devenu une activité commerciale ici ?

Suggestions communautaires

Les suggestions formulées par des membres de la communauté participant à des sessions de discussion et lors de visites à domicile régulières par des bénévoles de la Croix-Rouge ont également été recueillies par la FICR (avec l'assistance des CDC). Le tableau ci-dessous présente les thèmes provenant des cinq suggestions les plus fréquemment formulées parmi les réponses communautaires recueillies par les bénévoles de la Croix-Rouge entre novembre 2018 et le 9 février 2019 (le thème classé en 1^{ère} position représentant le thème le plus fréquemment abordé). Au cours de la période concernée, 8156 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 réponses communautaires recueillies par les bénévoles de la Croix-Rouge dans les provinces du Nord-Kivu et de l'Ituri :

	Novembre 2018	Décembre 2018	Janvier 2019	9 février
	6170 codages	7434 codages	5079 codages	1694 codages
	Beni, Bunia, Butembo, Kasenyi, Katwa, Mabalak, Mandima, Masereka	Beni, Bunia, Butembo, Katwa, Komanda, Mabalako, Mandima	Beni, Butembo, Katwa, Komanda	Beni, Butembo, Katwa, Mabalako, Masereka, Musienene, Oicha
1ère position	Étendre ou modifier le programme de vaccination	Étendre ou modifier le programme de vaccination	Autre ^{viii}	Autre ^{viii}
2e position	Autre ^{viii}	Autre ^{viii}	Encourager le lavage des mains	Étendre ou modifier le programme de vaccination
3e position	Encourager le lavage des mains	Encourager le lavage des mains	Étendre ou modifier le programme de vaccination	Promouvoir la santé communautaire
4e position	Promouvoir la santé communautaire	Promouvoir la santé communautaire	Améliorer les services de santé	Améliorer les services de santé
5e position	Améliorer les services de santé	Améliorer les services de santé	Promouvoir la santé communautaire	Encourager le lavage des mains

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 réponses communautaires recueillies par les bénévoles de la Croix-Rouge (avec l'assistance des CDC) et par Oxfam, entre novembre 2018 et le 9 février 2019. Il contient également des questions formulées par les participants impliqués dans l'étude qualitative réalisée par la Commission Communication, la Commission WASH-IPC, l'IRC, Oxfam, Medair, Mercy Corps, l'UNICEF et l'OMS.² L'une des principales suggestions qui continue à être formulée par les communautés concerne le détail des informations qui leur sont fournies au sujet de la riposte globale. Elles mettent également en évidence le fait que les questions soulevées par les communautés affectées, notamment en ce qui concerne le comportement des équipes de riposte, doit être sérieusement pris en considération et que des mesures doivent être établies en conséquence.

Promotion de la santé communautaire Intégration de groupes parmi les interventions, type de plateforme utilisé, langue	Les équipes de contrôle de la flambée épidémique devraient travailler en collaboration avec des chefs et dirigeants. Les membres du personnel médical devraient participer à des émissions de radio pour reconforter la population. Des vidéos au sujet de l'épidémie du virus Ebola devraient être envoyées sur tous les téléphones. Nous suggérons que vous transfériez vos films promotionnels aux kiosques de téléchargement où l'on vend de la musique et des films sur des clés USB pour que nous puissions les distribuer gratuitement. Les équipes de riposte peuvent-elles également réaliser des activités de sensibilisation dans les hôtels, bars et restaurants ? Montrez-nous des photos de personnes qui meurent du virus Ebola ici au lieu de dépliants. Envoyez-nous des agents de santé communautaire qui s'expriment dans notre langue maternelle. Veuillez nous expliquer le rôle de chaque ONG. Vous devriez inclure des camps militaires et des prisons parmi vos efforts de riposte.
Procédures de riposte Comportement des membres des équipes de riposte, inclusion de dirigeants locaux, demande de respect de la vie privée	Vous devez venir réaliser des activités de sensibilisation avec politesse, ne pas venir vous imposer à nous – la première équipe de riposte était brutale et nous espérons que l'équipe actuelle poursuive les activités avec davantage de compréhension et de collaboration. Nous demandons qu'en cas de décès, les membres de l'équipe chargée des enterrements sécurisés et dignes (ESD) arrivent rapidement car ils provoquent des retards. Nous demandons que les équipes de riposte évitent de retarder les analyses des échantillons en cas de décès. Pourquoi ne

^{viii} En novembre 2018, les suggestions formulées dans la catégorie « Autre » incluaient des requêtes selon lesquelles le gouvernement devrait exterminer toutes les chauve-souris, que la viande de brousse devrait être interdite, un meilleur accès à des tests de dépistage du virus Ebola rapides, et des interventions accrues de la part des équipes de riposte. En décembre 2018, les suggestions formulées dans la catégorie « Autre » incluaient la fourniture de moustiquaires gratuites de la part du gouvernement, l'augmentation des heures de travail des équipes de riposte, et la garantie que les véhicules de riposte ne soient pas escortés par des officiers de police. En janvier 2019, les suggestions formulées dans la catégorie « Autre » incluaient le renforcement des équipes de riposte spécifiques, l'implication de groupes spécifiques dans les activités de sensibilisation, et l'établissement d'installation d'approvisionnement en eau. En février 2019, les suggestions formulées dans la catégorie « Autre » incluaient le renforcement des équipes de riposte, le fait de dire aux communautés la « vérité au sujet du virus Ebola », le fait d'inclure des bénévoles de la Croix-Rouge au sein des CTE, la réduction du nombre de véhicules qui viennent chercher un patient, le fait que les équipes de riposte ne soient pas escortées par la police, et l'amélioration des communications interpersonnelles de manière à ce que les membres des équipes de riposte s'expriment « en utilisant un [ton de] voix normal, sans menaces ».

	pas renforcer l'équipe d'investigation pour que les résultats arrivent à temps ? A la place des soins de santé ou des véhicules gratuits, fournissez-nous le vaccin. Limitez le nombre de véhicules lorsque vous enquêtez sur un cas suspecté.
Vaccins Équité, discrimination et favoritisme	Tout le monde doit être vacciné. Nous souhaitons que tout le monde soit vacciné, que les individus soient malades ou non. Nous demandons que les vaccins soient distribués à tout le monde, sans discrimination – parfois les gens favorisent leurs proches. L'équipe chargée de la vaccination devrait travailler en collaboration avec les chefs / dirigeants dans la mesure où ils représentent la force motrice de toute activité au sein de leur communauté.
Diagnostic et traitement Qualité des soins, y compris membres du personnel médical local	Nous recommandons qu'un test de dépistage rapide soit mis à disposition partout. Fournissez-nous les médicaments pour nous protéger contre ce virus Ebola. Mettez en relation les infirmières locales et les guérisseurs traditionnels avec les équipes de riposte – « <i>Nous voulons nos propres médecins, pas des étrangers</i> » ; Soyez coopératifs et faites preuve de tolérance à l'égard des patients de manière à ne pas générer un esprit de résistance parmi les populations. Veuillez former les infirmières quant à la réception de certains patients, leur manière de procéder contribue à démoraliser certaines personnes. Les infirmières négligent certaines maladies lorsque l'on vient se faire soigner dans un CTE, ou vous laissent patienter un long moment avant de vous prodiguer des soins. Augmentez le groupe de psychologues au sein de la communauté afin de garantir la stabilité de la société.
Inhumations Comportement des membres de l'équipe de riposte, pertinence culturelle, transmission	Nous souhaitons que des examens en laboratoire soient réalisés en premier lieu, avant l'inhumation. Enseignez-nous à inhumer les corps tel que vous le faites. La police ne devrait pas être présente lors des inhumations, même lorsqu'un cas est avéré. Pourquoi n'y a-t-il aucune femme dans les équipes chargées des inhumations sécurisées ? Un musulman devrait faire partie de l'équipe chargée des ESD afin que les rites funéraires musulmans soient également respectés. Malgré les difficultés rencontrées, l'équipe chargée des ESD devrait toujours faire participer les proches ou des témoins afin d'éviter les rumeurs.
Encourager le lavage des mains Populations vulnérables, demandes de ressources	Installez des stations de lavage des mains dans chaque foyer, ainsi que dans des lieux publics tels que les routes, les églises, les écoles et les restaurants. Les populations déplacées ne disposent pas de savon pour se laver les mains. Les « pygmées » ont également besoin de stations de lavage des mains et de savon.
Autres suggestions Plans d'urgence, distribution des ressources, hygiène personnelle	Fournissez des équipements de protection dans le cas où l'équipe d'intervention d'urgence n'arriverait pas à temps ou si le CTE est éloigné (pour ceux qui vivent dans la brousse). Vous devez effectuer les visites à domicile accompagnés d'une personne qui a guéri. Merci de nous aider mais créez des emplois pour nous tous au sein de la riposte, pas seulement pour le personnel humanitaire.

Principales conclusions

Sensibilisation au virus Ebola : La prise de conscience concernant le virus Ebola continue d'être élevée, y compris au sein des régions nouvellement affectées et dans les villes et communes environnantes. Une enquête réalisée par la Harvard Humanitarian Initiative (HHI) en octobre 2018 a révélé que la prise de conscience était variable dans les centres urbains situés hors du *Grand-Nord*.³ Les niveaux de prise de conscience étaient extrêmement élevés à Bukavu (où 87 % des personnes interrogées avaient connaissance du virus Ebola) et à Bunia (85 % des personnes interrogées), mais étaient beaucoup plus faibles à Uvira (67 %) et à Goma (58 %). Une autre enquête réalisée par la HHI en décembre 2018 a révélé que les niveaux de prise de conscience générale avaient augmenté pour atteindre 74 % à Goma, mais qu'ils avaient diminué au sein des trois autres sites (jusqu'à 85 % à Bukavu, 74 % à Bunia, et 58 % à Uvira).⁴ Le niveau accru de prise de conscience à Goma, la capitale régionale, est important étant donné la proximité des régions affectées par la flambée épidémique actuelle et les relations commerciales généralisées. Les enquêtes CAP (Connaissances, Attitudes, Pratiques) réalisées par l'UNICEF ont également indiqué des niveaux élevés de prise de conscience générale concernant le virus Ebola. En décembre 2018, 85 % des personnes interrogées à Komanda avaient connaissance du virus Ebola (même si la prise de conscience était plus faible dans les villages ne présentant pas de cas actifs), ainsi que 78 % des personnes interrogées à Oicha en janvier 2019.⁵ Dans les régions au sein desquelles le nombre de cas a diminué au fil du temps, comme par exemple à Beni, les données issues des réponses communautaires recueillis par les bénévoles de la Croix-Rouge en décembre 2018 commencent à inclure des questions quant au fait de savoir si la maladie avait été contrôlée et quand l'épidémie serait éradiquée.

Connaissance du virus Ebola : Les connaissances de base inhérentes aux modes de transmission, aux signes, aux symptômes et aux pratiques de prévention se sont révélées être plus élevées dans les régions présentant des cas actifs et une exposition plus longue à la maladie et aux équipes de riposte. L'enquête de la HHI réalisée en octobre 2018 dans quatre grandes villes situées à proximité de la zone épidémique (Bunia, Bukavu, Uvira et Goma) a identifié des lacunes importants parmi les efforts de préparation et de volonté, notamment à Bukavu, Uvira et Goma.⁶ Au sein de l'ensemble des sites, peu de personnes interrogées ont indiqué avoir une bonne connaissance du virus Ebola et la plupart d'entre elles ont estimé ne pas être suffisamment informées : 59 % ont indiqué un contact physique avec une personne infectée en tant que principal mode de transmission, mais 54 % ont également identifié la manipulation/le fait de manger de la viande de brousse en tant que principale mode de transmission, comparé à un contact avec des fluides corporels (25 %) et des rapports sexuels (14 %). Pour plusieurs questions, les niveaux de connaissance sont apparus beaucoup plus élevés à Bunia comparativement aux trois autres villes (Bunia a seulement signalé son premier cas en février 2019, soit quatre mois après la réalisation de l'enquête). De brèves études qualitatives réalisées à Beni (octobre 2018) ont révélé la forte perception d'un risque accru pour les jeunes enfants ainsi que pour les femmes enceintes et allaitantes, du fait de leur rôle en tant qu'individus prodiguant des soins et de leur exclusion de la campagne de vaccination officielle.⁷ Il a également été révélé que les femmes et les jeunes filles étaient marginalisées et préoccupées par le fait d'être infectées par le virus Ebola au cours de la menstruation, y compris des craintes selon lesquelles le sang menstruel était susceptible d'être un signe du virus Ebola.⁸ Les données issues des réponses communautaires recueillis par les bénévoles de la Croix-Rouge ont mis en évidence le fait que les membres des communautés à Beni et Butembo considéraient que la fermeture des écoles était responsable de la transmission accrue parmi les enfants dans la mesure où empêchait tout suivi, contrôle et toute protection et qu'elle les empêchait également de bénéficier d'une éducation appropriée. Lors de la réouverture des écoles, les membres de la communauté à Beni ont continué à demander ce que les équipes de riposte faisaient pour protéger les enfants.⁹ Les réponses communautaires recueillis à Bunia (novembre 2018) et Komanda (décembre 2018) incluaient davantage de remarques suggérant que le virus Ebola était une maladie surnaturelle, liée aux démons et à la sorcellerie, ce que ce qui avait été signalé parmi les réponses communautaires recueillis au sein des autres régions à la même période (Beni, Kasenyi, Masareka, Rwampara, Katwa, Mabalako, Musienene, Butembo, Madima, Oicha). L'enquête CAP réalisées par l'UNICEF à Katwa et Kalunguta (décembre 2018), Komanda (décembre 2018) et Oicha (janvier 2019), qui constituaient toutes des zones nouvellement affectées au moment de la réalisation des enquêtes, ont également mis en évidence d'importantes lacunes parmi les connaissances.¹⁰ À Komanda, 16 % des personnes interrogées au sein des zones affectées et 37 % au sein des zones non

affectées étaient incapables de nommer un mode de transmission du virus Ébola. Un faible pourcentage de personnes interrogées au sein des villages affectés ont été en mesure de nommer trois modes de transmission (49 %), signes / symptômes (64 %) ou pratiques de prévention (54 %) ou plus, et cette proportion était considérablement réduite dans les villages non affectés. Un faible pourcentage des personnes interrogées a indiqué que les proches de personnes affectées (42 %) et les « agents sanitaires » (34 %) étaient exposés à un risque plus élevé de contracter le virus Ébola. L'enquête réalisée par la HHI en décembre 2018 a indiqué que seulement 26 % des personnes interrogées dans les provinces du Nord-Kivu, du Sud-Kivu et de l'Ituri, qui avaient connaissance du virus Ébola, estimaient être suffisamment informées sur le sujet.¹¹ À Oicha (janvier 2019), 41 % des personnes interrogées dans le cadre de l'enquête CAP menée par l'UNICEF ont indiqué qu'elles ne devaient pas toucher une personne malade ni ses effets personnels sans protection, 36 % ont indiqué qu'elles ne devaient pas manger d'animaux morts trouvés dans la forêt, et 37 % ont indiqué qu'elles devaient éviter de serrer des mains afin d'empêcher la propagation du virus Ébola.^{ix} Les données issues des réponses communautaires recueillies par les bénévoles de la Croix-Rouge pour la période concernée ont continué de mettre en évidence l'évolution des besoins des communautés en termes d'informations, et le fait que de nombreux participants ont formulé des questions complexes concernant la transmission, les soins et la prévention, notamment au sein des « communautés plus expérimentées » (à savoir, celles qui avaient été directement affectées et/ou affectées pendant une période de temps plus longue). Toutefois, un degré de confusion élevé persistait concernant la manière dont le virus était lié à d'autres maladies présentant des symptômes similaires, telles que le paludisme, la typhoïde, le choléra et le VIH/SIDA, notamment lorsqu'un enfant présente des symptômes bénins tels que de la fièvre et la diarrhée.¹²

Comportements en matière de prévention : Les données disponibles ne permettent pas le suivi systématique des changements de comportement ni de l'efficacité des stratégies d'engagement communautaire spécifiques au fil du temps.^x Dans les villes situées à proximité de l'épicentre, l'enquête réalisée par la HHI (octobre 2018) a révélé que le risque lié au virus Ébola n'avait aucun effet sur les comportements à risque, bien que certains changements de comportement aient été signalés.¹³ À Bunia, 70 % des personnes interrogées ont indiqué un lavage des mains plus fréquent, 42 % ont indiqué une distance sociale avec les personnes suspectées de s'être rendues dans les régions affectées par le virus Ébola, et 42 % ont indiqué éviter tout contact avec des corps en raison du virus Ébola. Les données qualitatives provenant de Beni, Butembo et Tchomia (octobre 2018) indiquaient que les femmes comprenaient que le virus Ébola pouvait être transmis à un enfant par le lait maternel, mais qu'il persistait la confusion inhérente au moment et à la manière de bien sevrer les bébés, et que de nombreuses femmes avaient indiqué ne pas disposer de suffisamment d'argent pour avoir recours à du lait maternisé (en poudre), même lorsque cela était recommandé.¹⁴ On ignore dans quelle mesure les populations utilisent des préservatifs dans le cadre des pratiques de prévention contre le virus Ébola, mais les données compilées par les bénévoles de la Croix-Rouge incluaient un certain nombre de demandes que des préservatifs soient fournis dans le cadre des interventions de riposte (réponses communautaires recueillies à Katwa, décembre 2018). Les réponses communautaires ont également mis en évidence le souhait exprimé par de nombreuses communautés d'avoir une meilleure compréhension de la transmission par voie sexuelle spécifiquement liée aux survivants (réponses communautaires recueillies à Beni, novembre-décembre 2018). À Katwa et Butembo (janvier 2019), les données qualitatives ont mis en évidence le fait que les communautés établissaient des liens étroits entre l'accès aux matériaux et ressources (en particulier, l'eau, les désinfectants et les kits de protection personnelle) et leur capacité à suivre les recommandations en matière de prévention.¹⁵ Les données issues de réponses communautaires recueillies par les bénévoles de la Croix-Rouge ont recoupé ces conclusions avec les nombreuses demandes de matériaux eau assainissement et hygiène (EAH) supplémentaires au niveau des foyers mais également dans les zones publiques.

Recours aux services de santé lors d'une flambée épidémique d'Ébola : Les données disponibles continuent d'indiquer un retard important entre l'apparition des symptômes et le signalement et la présentation à un CTE et, au sein des communautés affectées par le virus Ébola, l'autotraitement, les guérisseurs traditionnels et les pharmacies demeurent souvent le premier recours aux soins.¹⁶ Les données qualitatives provenant de Beni, Butembo et Katwa (enquêtes réalisées entre octobre 2018 et janvier 2019) ont mis en évidence le fait que même lorsque les populations avaient une bonne connaissance du virus Ébola, cela pouvait prendre plusieurs jours avant qu'elles ne se rendent dans un centre médical avec triage.¹⁷ Les obstacles financiers et liés à l'accès, y compris la distance pour se rendre dans un centre, contribuaient également à empêcher un recours précoce aux services de santé et l'enquête qualitative réalisée à Beni (octobre 2018) a révélé que les perceptions maternelles inhérentes à la capacité des centres, à l'hygiène et à la disponibilité des équipements et des médicaments avaient également un impact sur les pratiques de recours aux services de santé, notamment lorsque des enfants étaient malades.¹⁸ Une enquête CAP réalisée par l'UNICEF (décembre 2018) a conclu que le manque d'argent pour payer les soins constituait le problème majeur à Katwa (62 % des personnes interrogées) et à Kalunguta (58 % des personnes interrogées).¹⁹ Un sentiment de crainte et de méfiance à l'égard des services de santé ainsi que le fait d'éviter les centres de santé et le personnel médical ont continué à être signalés. Les données provenant de Komanda (Enquête CAP réalisée par l'UNICEF, décembre 2018) ont suggéré que dans la mesure où le virus s'était déplacé vers de nouvelles régions, une crainte cyclique de l'infection dans les centres de santé se répétait. Au moment de la rédaction de cette note stratégique, la transmission nosocomiale demeure une préoccupation majeure, avec des membres du personnel médical qui continuent d'être infectés.^{xi} Les membres de la communauté continuent de demander aux équipes de riposte contre le virus Ébola qu'elles leur « donne » des « équipements de protection » pour qu'ils soient en mesure de s'auto-protéger dans le cas où les équipes de riposte étaient retardées ou incapables d'atteindre les communautés affectées, en particulier celles qui vivent « dans la brousse » (Données issues des réponses communautaires recueillies par les bénévoles de la Croix-Rouge, Beni, décembre 2018).

Implication avec les établissements de santé publics : Les données convergent fortement quant aux perceptions communautaires concernant l'introduction de services de santé gratuits. Les données qualitatives suggèrent que les communautés accordent de l'importance aux services de santé gratuits et qu'elles sont susceptibles, dans certains cas, d'avoir eu recours aux services de santé plus rapidement de ce fait.²⁰ Toutefois, en parallèle, les données suggèrent que la politique a contribué à surcharger le système de santé public, avec des problèmes signalés concernant de longs délais d'attente, un triage et une capacité des CPI limités, un manque d'attention à l'égard des patients et la disponibilité limitée des médicaments.²¹ Les données issues d'une étude réalisée à Beni a indiqué que parmi 18 cliniques, le nombre de patients entre juillet et octobre 2018 avait augmenté à hauteur de plus de 100 % dans 10

^{ix} Seulement 12 sur les 26 zones de santé situées à Oicha étaient accessibles à l'équipe chargée de réaliser l'enquête CAP en janvier 2019 en raison de l'insécurité. Tandis que des données provenant des 14 zones de santé restantes étaient indisponibles, il est probable que les connaissances et les prises de consciences étaient également plus faibles dans ces régions.

^x Des séries de données différentes mesurent des indicateurs différents et il arrive souvent que des questions n'aient pas été formulées de la même manière, ce qui rend les comparaisons difficiles.

^{xi} By 24 February 2019, a total of 69 health workers had been infected with 21 deaths (WHO SitRep 30).

établissements, et plus de 780 % dans l'un d'entre eux.²² Malgré l'intérêt porté par les communautés aux services de santé gratuits, la perception selon laquelle « *les soins gratuits sont de mauvaise qualité* » s'est répandue et les données issues des réponses communautaires recueillis par les bénévoles de la Croix-Rouge ont suggéré que la confiance dans le système de santé était susceptible d'être en déclin. En janvier et février 2019, par exemple, les données issues des réponses communautaires recueillis à Butembo et Katwa ont révélé un degré de méfiance considérable à l'égard des services de santé gratuits (« *Pourquoi le traitement est-il gratuit pendant la période des élections ?* » ; « *pourquoi les soins sont-ils gratuits au CTE ?* ») associé à des inquiétudes concernant les intentions des infirmières, des politiciens et d'autres membres des équipes de riposte. Comme révélé dans plusieurs études (novembre et décembre 2018) des membres du personnel médical à Beni, Katwa, Kalunguta et Butembo ont indiqué qu'ils se sentaient sous-qualifiés pour gérer l'épidémie, qu'ils ne disposaient pas des équipements de protection et des ressources suffisants (y compris l'eau, les kits d'hygiène, les médicaments de première nécessité), qu'ils étaient mal encadrés, qu'ils manquaient de personnel en raison de l'absentéisme, qu'ils ne percevaient pas leurs salaires et qu'ils se sentaient incapables de soigner correctement les patients.²³ En raison de leur profil de risque élevé, les membres du personnel médical demeuraient inquiets pour leur propre sécurité et pour la sécurité de leurs familles, et plusieurs rapports ont signalé que les membres du personnel médical refusaient de toucher les patients, ou devaient acheter des gants ou autre équipement de protection à leurs propres frais.²⁴ Les membres de la communauté ont également suggéré que, de manière générale, le virus Ebola était « *sur-diagnostiqué* » et que « *toutes les fièvres étaient considérées comme étant causées par le virus Ebola* ». Ceci a contribué à une crainte vis-à-vis de la procédure de triage : « *les infirmières ne dispensent plus de soins appropriés, elles préfèrent orienter les patients directement vers le CTE sans même prodiguer les premiers soins même si le patient ne montre aucun signe du virus Ebola* ». ²⁵ Les impressions locales selon lesquelles les membres du personnel médical « *travaillent pour le virus Ebola* », insinuant qu'ils obtiennent un bénéfice financier et, par conséquent, contribuent à perpétuer la flambée épidémique, continuent d'être exprimées parmi les réponses communautaires.

Implication avec les établissements de santé privés et les guérisseurs traditionnels : certains membres de la communauté ayant participé à des études qualitatives à Beni ont exprimé leur préférence pour la fréquentation des établissements de santé privés où ils estimaient bénéficier d'un « *bon suivi* » et que « *le personnel médical venait régulièrement les voir et n'hésitait pas à les toucher. Au centre public, on vous regarde comme si on ne vous connaissait pas* ». ²⁶ Comme au sein des établissements de santé publics, le taux de fréquentation de patients a augmenté dans les établissements privés durant la flambée épidémique et malgré les faibles mesures de prévention et contrôle des infections (PCI), il existe une perception selon laquelle le fait de payer pour des services de santé garantit des services de meilleure qualité (par opposition aux services de santé gratuits dans les établissements publics). ²⁷ Les membres de la communauté ont souligné la nécessité de mieux relier la riposte aux prestataires privés (« *nos agents de santé* »). Bien que les études n'aient pas examiné de manière explicite la compréhension de l'PCI au niveau communautaire, les membres de la communauté continuent à demander à la riposte de fournir des équipements PCI et de favoriser les pratiques PCI, éventuellement par le biais d'avantages, y compris des bonus pour les patients référés et la dispense de médicaments gratuits. ²⁸ Les conclusions de l'enquête réalisée à Komanda (UNICEF, décembre 2018) ont indiqué que les populations indigènes, qui étaient susceptibles d'être particulièrement méfiantes à l'égard des inconnus/étrangers, semblaient se fier davantage aux médecines traditionnelles. ²⁹ Les données demeurent extrêmement limitées quant au rôle des médecins ou sages-femmes traditionnels.

Connaissance et perceptions du traitement contre le virus Ebola : Les communautés continuent de poser beaucoup de questions concernant l'existence, la disponibilité et l'efficacité du traitement contre le virus Ebola. Dans l'enquête CAP réalisée par l'UNICEF à Oicha (janvier 2019), seulement 40 % des personnes interrogées savaient où emmener une personne ayant contracté le virus Ebola pour qu'elle reçoive un traitement. ³⁰ Une multitude de questions concernant le type et la qualité du traitement reçu dans les Centres de Traitement d'Ebola (CTE) ont été enregistrées parmi les séries de données. La plupart étaient axées sur les taux de survie et de mortalité même si des questions d'ordre pratique subsistaient (« *Doit-on payer pour recevoir des soins dans un CTE* », « *Comment les patients sont-ils nourris ?* »). Des questions relatives à la disponibilité et à l'emplacement des CTE ont également été indiquées, et certaines personnes vivant au sein de régions affectées (par exemple, à Oicha et Mabalako) ont posé la question suivante : « *Pourquoi n'y a-t-il pas de CTE ici ?* » (Données issues des réponses communautaires recueillis par les bénévoles de la Croix-Rouge, novembre-décembre 2018). Les données compilées par les bénévoles de la Croix-Rouge ont continué à mettre en évidence les inquiétudes des communautés vis-à-vis des CTE et la perception selon laquelle il y avait un faible taux de survie après l'admission. Ceci était particulièrement prononcé parmi les données issues des réponses communautaires recueillis par les bénévoles de la Croix-Rouge à Butembo, Katwa, Komanda et Oicha au cours de la période concernée. À Katwa, en janvier et février 2019, par exemple, des déclarations telles que « *Aucune personne infectée n'est revenue du CTE* » et « *Il est impossible de rendre visite au malade dans un CTE* » ont régulièrement été signalées. Les communautés continuent de ressentir de la crainte vis-à-vis des CTE, perpétuée par la circulation d'informations erronées. Même au sein des communautés qui ont été exposées au virus Ebola pendant une longue période de temps (Beni, Butembo), les perceptions négatives concernant les CTE demeurent, bien que leur ampleur soit difficile à déterminer d'après les données. Les réponses communautaires continuent de mettre en évidence des questions associées aux longs délais d'attente avant l'admission et aux retards de diagnostic positif, des inquiétudes relatives au manque de nourriture et d'eau pour les patients, des inquiétudes au sujet du manque d'implication des proches (notamment lorsque de jeunes enfants sont admis) et le fait de ne pas tenir les proches informés, des attitudes du personnel insensibles et « *brusques* », et des inquiétudes quant au type et à la qualité des soins (avec des informations selon lesquelles des parties du corps sont retirées et les sacs mortuaires sont la cause du décès). Parmi les données issues des réponses communautaires, l'on retrouve encore des informations selon lesquelles les membres de la communauté sont susceptibles d'être accusés de « *meurtre* » s'ils appellent une ambulance Ebola ou s'il emmène un patient dans un CTE. On ignore comment les membres de la communauté (y compris les patients et les familles affectées) perçoivent les traitements expérimentaux déployés dans le cadre de la flambée épidémique, ou leur degré de compréhension des questions relatives au consentement éclairé et aux risques.

Connaissance du vaccin contre le virus Ebola : L'acceptation du vaccin expérimental contre le virus Ebola s'est généralisée et des demandes formulées pour étendre les campagnes de vaccination ont été constamment signalées parmi les réponses communautaires recueillis par les bénévoles de la Croix-Rouge. Toutefois, une compréhension limitée subsiste au niveau communautaire concernant la manière dont le vaccin a été déployé, les personnes qui ont été vaccinées, à quel moment et pourquoi. Dans l'enquête CAP réalisée par l'UNICEF à Komanda (décembre 2018), 76 % des personnes interrogées dans les régions affectées par le virus Ebola avaient connaissance de l'existence d'un vaccin mais 56 % d'entre elles ont indiqué que « *tout le monde* » pouvait le recevoir. ³¹ Les membres communautaires avaient également connaissance du fait que le vaccin avait été introduit dans les pays frontaliers à la RDC (par exemple, en Ouganda) mais la stratégie articulée autour des personnes recevant le vaccin et le motif ont continué à générer de la confusion et à alimenter la méfiance à l'égard des motivations du gouvernement et des membres du personnel de santé. Les réponses

communautaires ont indiqué plusieurs explications et interprétations concernant la vaccination : qu'il y avait deux vaccins (un bon destiné aux médecins et un mauvais destiné à la communauté), que le vaccin pouvait vous tuer (il s'agit d'une arme pour propager le virus), et que les effets secondaires du vaccin incluaient l'impuissance, la stérilité et l'invalidité. Des questions inhérentes à la dynamique du pouvoir et à la prise de décision ont également été mises en évidence parmi les réponses communautaires et étaient axées sur le fait de savoir qui figurait / ne figurait pas sur une liste de recherche de contact et pourquoi, et si cela rendait la personne éligible ou non à la réception du vaccin. Parmi les réponses communautaires recueillies par les bénévoles de la Croix-Rouge, des retards de réception du vaccin ont été signalés, et il y avait de nombreuses remarques selon lesquelles les membres des équipes de vaccination accordaient la priorité à leurs amis et proches et étaient « méprisants ». Cela peut avoir partiellement été généré par le fait que les équipes de vaccination travaillent principalement en français, une langue associée à l'élite plus instruite et qui présente des connotations avec le colonialisme et l'autorité gouvernementale et militaire.^{xi} Les dirigeants communautaires à Oicha ont également indiqué que les équipes de vaccination commençaient à travailler sans impliquer les dirigeants locaux : « *Les équipes de vaccination ont débarqué dans mon village, sans préavis. Ils ont commencé leur travail sans me voir, [en pensant qu'ils pouvaient travailler] sans le chef. [Mais] en cas de problèmes, à qui vont-ils s'adresser ?* »³² L'enquête CAP réalisée par l'UNICEF à Katwa et Kalunguta (décembre 2018) a révélé qu'il y avait une réticence initiale de la part des membres du personnel médical pour se faire vacciner au début de la riposte et que, bien que la majorité d'entre eux aient depuis été vaccinés, jusqu'à 30 % d'entre eux demeuraient potentiellement non vaccinés et que les équipes de vaccination étaient réticentes quant au fait de vacciner ceux qui avaient initialement refusé.³³

Vaccination des femmes enceintes et allaitantes ainsi que des jeunes enfants : Les réponses communautaires recueillies par les bénévoles de la Croix-Rouge ainsi que d'autres données qualitatives ont indiqué que la croyance largement répandue parmi les communautés selon laquelle l'exclusion des femmes enceintes, des femmes allaitantes et des enfants âgés de moins d'un an du protocole de vaccination rendait ces groupes particulièrement vulnérables et contribuait à des taux d'infection excessivement élevés.³⁴ Au niveau communautaire, il semble que la compréhension soit limitée quant à la raison pour laquelle ces groupes ont été exclus, et cela a généré des inquiétudes supplémentaires qui se sont rajoutées aux inquiétudes exprimées par l'ensemble de la communauté concernant la vaccination (mentionné ci-dessus). Une étude réalisée à Beni, Butembo et Tchomia (octobre 2018) a révélé que dans 9 des 13 groupes de discussion, les femmes ont indiqué connaître une personne avec laquelle elles avaient eu un contact mais qu'elles n'avaient jamais fait l'objet d'un suivi pour la vaccination en raison de leur grossesse ou du fait qu'elles allaient.³⁵ Les participants ont mis en évidence le fait que les femmes enceintes et allaitantes redoutaient l'infection et évitaient de sortir (« *Vous nous dites de nous protéger en nous faisant vacciner, et ensuite vous nous dites que nous ne pouvons pas obtenir le vaccin. Alors il ne nous reste rien* »), tandis que d'autres ont indiqué avoir (temporairement) sevré leurs enfants afin de recevoir le vaccin, même si cela a engendré d'importantes dépenses supplémentaires pour acheter du lait en poudre et que cela les a exposées au risque de critiques sociales.^{xxii} Bien que le protocole ait été modifié pour inclure les femmes enceintes et allaitantes ainsi que les enfants âgés de moins d'un an en janvier 2019, au moment de la rédaction de cette note stratégique (mars 2019), la stratégie opérationnelle au sein de la province du Nord-Kivu n'avait pas encore été actualisée. Les données qualitatives ont indiqué que les modifications apportées au protocole de vaccination devaient être gérées avec précaution au niveau communautaire, que la communauté dans son ensemble doit être sensibilisée à la nouvelle stratégie de vaccination et que des explications minutieuses devaient être données quant à la raison pour laquelle les femmes enceintes et allaitantes ainsi que les enfants âgés de moins d'un an seront désormais inclus dans le protocole.

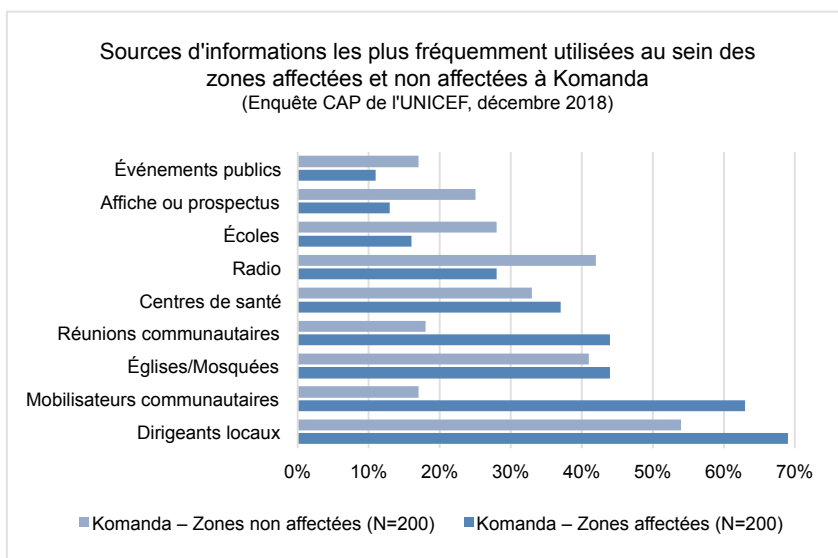
Pratiques funéraires : Des inquiétudes et des craintes concernant les enterrements sécurisés et dignes (ESD) continuent d'être exprimées par les membres de la communauté et les partenaires de riposte. L'enquête CAP réalisée par l'UNICEF à Komanda (décembre 2018) a indiqué que 35 % des personnes interrogées dans les villages affectés n'avaient pas connaissance des enterrements sécurisés et dignes, révélant un manque de connaissance considérable en ce qui concerne les risques, les mesures de protection et les activités de riposte.³⁶ Dans le cadre de l'ensemble des études qualitatives mises à disposition pour réaliser cette compilation de données (données recueillies entre octobre 2018 et janvier 2019 à Katwa, Kalunguta, Oicha, Komanda et Beni), les membres communautaires ont exprimé des inquiétudes concernant la manière dont les équipes de riposte pénétraient dans leurs quartiers et concernant leur implication limitée avec les dirigeants locaux et la population affectée. Les communautés continuent de s'interroger quant à la présence de la police et de l'armée lors des inhumations et quant au fait que les corps soient « *emmenés de force dans l'ambulance* ». ³⁷ Dans les zones nouvellement affectées, l'équipement de protection individuelle (EPI) continue de contribuer à des craintes concernant les équipes chargées des ESD, et l'on continue à signaler de longs délais d'attente entre le moment auquel l'alerte est donnée et l'arrivée d'une équipe sur place. La nécessité de modifier les protocoles inhérents aux ESD pour y intégrer des pratiques funéraires et d'inhumation locales est bien comprise, mais n'est pas toujours exécutée de manière efficace. Des études réalisées à Katwa et Kalunguta (décembre 2018) incluaient des rapports selon lesquels des corps avaient été inhumés « *en désordre* » avec des exemples donnés selon lesquels les corps n'avaient pas été correctement alignés à l'intérieur de la tombe (à savoir, que leurs visages ne faisaient pas face au village ou à la montagne), que les corps n'étaient pas correctement préparés et/ou étaient inhumés avec des vêtements « sales », et que les proches du défunt n'étaient pas autorisés à jeter de la terre sur le cadavre ou sur le cercueil.³⁸ Dans certaines communautés, les populations continuent d'être préoccupées par le fait qu'une femme enceinte soit inhumée sans que le fœtus ne soit d'abord retiré.³⁹ L'analyse des données provenant des groupes de discussion organisés par l'UNICEF à Katwa et Kalunguta (décembre 2018) a mis en évidence le fait que la gestion des rituels funéraires devait inclure des intervenants clés issus de la famille et de la communauté, et, comme il a été signalé parmi les données issues des réponses communautaires recueillies par les bénévoles de la Croix-Rouge à Beni, « *La population locale devrait diriger les spécialistes* » (décembre). Deux principales demandes constamment mises en évidence parmi les données issues des réponses étaient les suivantes : a) « *Enseignez-nous à réaliser ces inhumations nous-mêmes* » ; et b) s'assurer que les équipes de riposte (y compris, mais

^{xi} Traducteurs sans frontières (TsF) a réalisé une évaluation linguistique et de communication initiale à Goma en février 2019. L'objectif de l'étude était d'identifier les langues et les formats les mieux compris par différents secteurs de la communauté. Les conclusions doivent être mises en œuvre afin de garantir que les populations aient accès aux informations dans une langue qu'elles comprennent et que l'on soit en mesure de communiquer avec les personnes interrogées concernant leurs besoins et leurs inquiétudes. Les membres de TsF publieront leur rapport d'ici la mi-mars et les principales conclusions seront incluses dans la prochaine compilation d'analyses de données (prévue pour mai 2019).

^{xiii} L'allaitement maternel exclusif au cours des deux premières années de vie constitue une norme sociale au sein de la province du Nord-Kivu. Cesser d'allaiter avant les 24 mois de l'enfant est susceptible de générer le fait que la mère soit suspectée d'infidélité, accusée de faire preuve d'un manque d'amour à l'égard de son enfant et de sa famille et de perturber les relations sociales. Comme l'a indiqué l'un des participants à une étude, « *Un enfant qui n'a pas été suffisamment allaité (à savoir, pendant deux ans) par sa mère sera stupide et idiot à vie. Il arrive parfois qu'à l'école, un enfant présentant des difficultés scolaires qui n'a pas été suffisamment allaité par sa mère soit mis au défi* ». Extrait de 'Qualitative data on the perceptions EVD risk, exposure and prevention among pregnant/lactating women', Beni, Butembo and Tchomia, 22-28 October 2018, by Communication Commission, Oxfam, Medair, IRC, UNICEF.

pas seulement, les équipes chargées des ESD et les infirmières) soient « *plus empathiques* » et se comportent correctement lors des inhumations.

Sources d'informations : Parmi les enquêtes CAP réalisées par l'UNICEF à Katwa et Kalunguta (décembre 2018), Komanda (décembre 2018) et Oicha (janvier 2018), la radio, les églises, les centres médicaux et les canaux communautaires sont cités comme étant les sources d'informations relatives au virus Ebola les plus fréquentes, bien qu'il existe des lacunes entre les études et entre les terrains. Dans l'enquête réalisée à Komanda, les différences parmi les canaux de communication étaient évidentes lors de la comparaison entre les communautés affectées et non affectées, et dans les zones récemment affectées, les mobilisateurs communautaires représentaient la source d'informations relatives au virus Ebola la plus fréquemment citée (voir graphique).⁴⁰ Toutes les enquêtes CAP ont indiqué une très faible exposition à des tracts, prospectus et affiches et il subsiste des inquiétudes, tel qu'il est indiqué dans les études qualitatives, quant à l'implication avec et à l'engagement direct limités des femmes dans les campagnes de communication.⁴¹ L'enquête CAP réalisée par l'UNICEF à Katwa et Kalunguta (décembre 2018) a révélé que moins de 20 % des participants avaient indiqué avoir reçu un enseignement de la part de bénévoles au sujet du virus Ebola lors des activités de porte-à-porte.⁴² Les suggestions communautaires enregistrées parmi les réponses communautaires recueillies par les bénévoles de la Croix-Rouge incluent des demandes relatives à une promotion de la santé renforcée dans les restaurants, une implication renforcée avec les dirigeants communautaires et les chefs religieux, une formation supplémentaire des agents de santé locaux afin qu'ils soient en mesure de fournir des informations détaillées aux communautés, et la fourniture de supports visuels (y compris des photographies et des vidéos) et radiophoniques.



Perceptions de la riposte et de l'implication communautaire : Les réponses communautaires recueillies par les bénévoles de la Croix-Rouge incluaient de nombreux témoignages de gratitude et d'encouragement à l'égard des équipes de riposte impliquées dans la promotion de la santé, des équipes chargées des inhumations et de l'accès aux services de santé (6512 témoignages de gratitude et d'encouragement en provenance de Beni, Butembo, Komanda, Mandima, Musienene, Rwampara, Bunia, Katwa, Mabalako, Maserka et Oicha entre le 21 août 2018 et le 20 janvier 2019). Les propos ont clairement indiqué que les communautés reconnaissaient les défis politiques et en matière de sécurité auxquels étaient exposées les équipes de riposte. Ils ont indiqué des niveaux de connaissance accrus concernant la flambée épidémique et la riposte, et reconnaissaient que le nombre de cas était en baisse dans certaines régions. Toutefois ces remarques positives coexistaient avec les critiques et les plaintes récurrentes ainsi qu'avec des propos selon lesquels les attentes n'étaient pas satisfaites. En réalité, certaines données qualitatives ont suggéré une baisse des niveaux de confiance à l'égard des équipes de riposte parmi la communauté dans certaines régions et au fil du temps, largement associé à la perception du manque de dialogue au sujet de la vaccination, de la surveillance, de la décontamination et des inhumations, ainsi que des inquiétudes inhérentes à la capacité technique des membres des équipes de riposte.⁴³ La nécessité de collaborer avec les populations locales est continuellement mise en évidence, y compris les *relais communautaires* avec lequel la communauté a déjà une relation établie. Les membres communautaires évoquent également un manque apparent de coordination dans le cadre de certaines interventions de riposte, et une certaine confusion persiste concernant les différents rôles des nombreuses agences et ONG. Les convois de « grands véhicules » qui débarquent soudainement à la recherche d'un contact, pour emmener un cas suspecté ou procéder à une inhumation, sont fréquemment mentionnés parmi les réponses communautaires comme étant intrusifs et causant des perturbations. Tel qu'il est indiqué dans les réponses communautaires recueillies par les bénévoles de la Croix-Rouge à Katwa (décembre 2018) « *Nous ne voulons pas de défilé de véhicules durant les activités de riposte* ». L'opinion selon laquelle « *Rien n'est privé [avec le virus Ebola] tandis que le paludisme et la typhoïdes sont gérés plus discrètement* » semble généralisée (Données issues des réponses communautaires recueillies par les bénévoles de la Croix-Rouge à Butembo, décembre 2018). Le fait de brûler des effets personnels devant une maison a été perçu comme étant particulièrement troublant. La visibilité élevée de la riposte a également été liée à des soupçons et des inquiétudes au sujet des motivations lucratives et politiques, ainsi qu'à la confiance réduite entre voisins (associée aux personnes effectuant des signalements) qui sont susceptibles d'exacerber les tensions existantes.⁴⁴

Confiance et informations erronées : Les données issues de l'enquête HHI (décembre 2018) ont révélé que 41 % des personnes interrogées dans la province de l'Ituri souscrivaient à la déclaration selon laquelle « Le virus Ebola n'existe pas », 14 % dans la province du Nord-Kivu et 11 % dans la province du Sud-Kivu, bien que les pourcentages se soient révélés beaucoup plus élevés dans les centres urbains (17 % à Butembo et 68 % à Bunia).⁴⁵ Les données issues des réponses communautaires recueillies par les bénévoles de la Croix-Rouge ont indiqué que l'insécurité et le manque de confiance persistants demeuraient des obstacles systématiques majeurs aux interventions de riposte contre le virus Ebola, notamment à Katwa, Butembo et Komanda, et continuaient à inclure des déclarations telles que « *Nous ne faisons pas confiance à notre gouvernement, c'est la raison pour laquelle nous mettons en doute tout ce qu'il est susceptible de faire pour la communauté* » (Données issues des réponses communautaires recueillies par les bénévoles de la Croix-Rouge à Katwa, début décembre 2018), « *Le virus Ebola est l'œuvre du gouvernement pour exterminer la population* » (Données issues des réponses communautaires recueillies par les bénévoles de la Croix-Rouge à Oicha, décembre 2018), « *La maladie à virus Ebola a été propagée ici par le gouvernement de Kabila pour se venger des populations du Grand Nord-Kivu, parce qu'il a compris qu'il n'était pas le bienvenu ici* » (Données issues des réponses communautaires recueillies par Oxfam, Kasanga Benenguli, à Beni, entre le 3 et le 18 janvier 2019), et « *La communauté ne fait pas non plus confiance à l'équipe de riposte* » (Données compilées par Oxfam, Ngongolio/Kangaambi, entre le 3 et le 18 janvier 2019). Tandis qu'il est difficile de déterminer, d'après les données issues des réponses communautaires, l'étendue de ces opinions, il convient de noter qu'en décembre 2018, le classement le plus élevé parmi les inquiétudes extrait des données issues des réponses communautaires recueillies par les bénévoles

de la Croix-Rouge à Beni (l'une des premières régions à avoir été affectée) était toujours axé sur la perception selon laquelle le virus Ebola avait été propagé par une intervention du gouvernement. Les données issues des réponses communautaires recueillies par les bénévoles de la Croix-Rouge ont également indiqué des inquiétudes relatives au fait que « *Les blancs et les ONG internationales* » propageaient le virus Ebola en tant que stratégie « *visant à éradiquer les populations Nande* » (Bunia, novembre 2018, et Komanda, décembre 2018). Le virus Ebola est de plus en plus perçu comme une activité commerciale qui ne prendra pas fin car les équipes de riposte gonflent les nombres de cas à des fins lucratives ; à Beni, le fait de classer les personnes non infectées comme ayant contracté le virus Ebola a fréquemment été mentionné parmi les réponses communautaires en tant que moyen d'élargir la riposte (Données issues des réponses communautaires recueillies par les bénévoles de la Croix-Rouge, décembre 2018 et janvier 2019).

Méthodes et limitations

De manière générale, les ensembles de données présentaient un degré de convergence élevé en ce qui concerne les thèmes et les questions. Les réponses communautaires recueillies par la Croix-Rouge et Oxfam ont été basées sur l'identification des tendances générales. Parmi ces ensembles de données, l'on ignore si les observations ont été faites à plusieurs reprises par le même individu, le degré de représentativité de l'échantillonnage ou combien de personnes interrogées n'ont fait aucune observation. Toutefois, de manière globale, le document a été recoupé à partir de plusieurs sources. La note stratégique a également été fondée sur des données et analyses extraites d'une précédente compilation d'analyse de données basée sur des types de sources de données similaires compilées entre août et octobre 2018 (voir <https://opendocs.ids.ac.uk/opendocs/handle/123456789/14144>) ainsi que sur des données secondaires (y compris d'autres notes stratégiques de la SSHAP).

Un certain nombre de limitations importantes doit être pris en compte. Pour plusieurs des enquêtes incluses, la conception et les méthodologies d'étude n'étaient pas disponibles pour consultation. Les enquêtes posaient souvent différentes questions ou formulaient les questions de façons différentes, ce qui a rendu les comparaisons directes difficiles. Les enquêtes disponibles provenaient des zones nouvellement affectées (Komanda, Oicha, Katwa : données compilées par l'UNICEF) et des villes avoisinantes (données HHI) et non des zones précédemment sondées (Beni et Butembo). Ceci a contribué à empêcher l'analyse systématique des données longitudinales. Dans la plupart des cas, nous n'avions pas accès aux données brutes et avons été contraints de nous appuyer sur des présentations Powerpoint ou des rapports présentant les principales conclusions, ce qui a contribué à limiter nos analyses indépendantes. D'autres limitations ont inclus l'incertitude inhérente à la manière dont les questions avaient été posées aux participants (par exemple, en tant que questions ouvertes ou fermées), un manque de clarté quant à la manière dont l'emplacement géographique est susceptible d'avoir influencé certaines constatations, et des inquiétudes concernant l'exactitude des traductions. Enfin, l'on ignore le degré de représentativité de nombreuses observations et constatations, bien qu'étant donné les efforts mis en œuvre pour recouper les sources, elles soient représentatives.

Études incluses

Les données et analyses ont été extraites de 12 sources, dont quatre enquêtes quantitatives Connaissances, Attitudes, Pratiques (CAP) (compilées par l'UNICEF ou la Harvard Humanitarian Initiative), des données qualitatives rapides collectées par la Commission Communication, la Commission WASH-IPC, l'IRC, Medair, Mercy Corps, Oxfam, l'UNICEF et l'OMS, et des réponses communautaires qualitatifs systématiques (continus) recueillis par la Société nationale de la Croix-Rouge en RDC avec l'assistance de la FICR (et en partenariat avec les CDC pour le codage et l'interprétation des données) et Oxfam. Les données ont été générées au sein des zones de santé suivantes : Butembo, Bunia, Kasenyi, Katwa, Komanda, Mabalako, Mandima, Maserka, Musienene, Ngadi, Oicha et Rwampara dans les provinces du Nord-Kivu et de l'Ituri et ont été partagées avec le groupe de coordination de la communication des risques et de l'engagement communautaire pour la riposte au virus Ebola en République démocratique du Congo.

Études incluses dans la brève compilation des données comportementales et inhérentes aux sciences sociales :

Organisations	Description de l'étude	Période de collecte des données	Lieu	Données
Commission Communication, Oxfam, Medair, IRC, UNICEF	Données qualitatives pour comprendre les obstacles et les facteurs de motivation inhérents au recours aux services de santé pour les enfants, et exposition et prévention des risques	17-21 octobre 2018	Beni (Ngongolio, Butanuka, Malepe et Rwangoma)	12 groupes de discussion avec des mères (9), des pères (1) et des membres du personnel FOSA (2)
Commission Communication, Oxfam, Medair, IRC, UNICEF	Données qualitatives relatives aux perceptions inhérentes au risque de propagation du virus Ebola, à l'exposition et à la prévention parmi les femmes enceintes et allaitantes	22-28 octobre 2018	Butembo, Tchomia et Beni (Ngongolio, Butanuka, Malepe, Butsili et Rwangoma)	12 groupes de discussion avec des mères (9), des pères (1) et des membres du personnel FOSA (2)
Commission Communication et OMS	Étude anthropologique rapide sur la vaccination parmi les femmes enceintes et allaitantes et les enfants âgés de moins d'un an	20 – 24 novembre 2018	Beni (Tamende, Kalinda, Ngongolio, Benengule, Kanzuli et Vingazi)	Enquêtes qualitatives (n=135 : 70 femmes et 65 hommes) Groupes de discussion avec des femmes enceintes & allaitantes Groupes de discussion avec des hommes et pères Entretiens avec des soignants et des sages-femmes Visite à domicile de 30 foyers sélectionnés de manière aléatoire
Commission Communication, Commission WASH-IPC, UNICEF, OMS, Oxfam, Medair, IRC, Mercy Corps	Données qualitatives relatives aux perceptions inhérentes à l'accès à, l'utilisation et la qualité des services de santé	23-28 novembre 2018	Beni	11 groupes de discussion, avec 103 participants (7 groupes de femmes et 4 groupes d'hommes) 21 échantillonnages FOSA (privés et publics) pour le nombre d'admissions de patients entre juillet et novembre
HHI	Enquête – concentration sur le virus Ebola	Octobre 2018	Goma, Bukavu, Uvira et Bunia	N=1,112
HHI	Enquête – concentration sur le	Décembre 2018	25 villes et territoires	N=5,852

	virus Ebola		parmi les provinces de l'Ituri, du Nord-Kivu et du Sud-Kivu	
FICR/Croix-Rouge	Tableau de bord des réponses communautaires en ligne contenant des données de perceptions qualitatives.	Novembre 2018 – 15 janvier 2019	Beni, Mabalako, Butembo, Bunia, Kasenyi, Katwa, Musienene, Maserka, Rwampara, Mandima, Komanda, Oicha, Ngadi.	L'accès au tableau de bord peut être sollicité auprès de Ombretta Baggio (voir coordonnées ci-dessous). Un total de 99 210 points de données a été enregistré concernant la riposte.
Commission WASH-IPC, UNICEF, OMS, IRC, CARITAS	Données qualitatives axées sur les perceptions inhérentes à l'accès à, à l'utilisation et à la qualité des services de santé (nouveaux et anciens) depuis le début de la flambée épidémique et des interventions de riposte	25-31 janvier 2019	Katwa et Butembo	13 groupes de discussion avec 77 participants. Les groupes incluaient des membres des équipes de riposte, du personnel FOSA staff, des associations féminines, des femmes dirigeantes.
Oxfam	Données issues des réponses communautaires recueillies par les membres du personnel d'OXFAM au cours de visites programmées.	3 décembre 2018 -25 janvier 2019	Beni (Mabolio, Butsili, Malepe, Madrandele, Bundji, Ngongolio, Kasanga Benenguli, Kanzuli, Mabolio, Malepe).	Total des commentaires recueillis : 118. Groupes de discussion et entretiens avec des informateurs clés incluant les autorités locales, les groupes communautaires, des associations pour la jeunesse, des praticiens traditionnels, des associations féminines, des professionnels de la santé communautaires. Échantillon mixte en termes de sexe (majorité de femmes), d'âge (majorité d'adultes), d'appartenance à des communautés affectées et non affectées – avec la majorité des participants étant classés comme « affectés par le virus Ebola »
UNICEF et Commission Communication	Enquête CAP, et étude qualitative axée sur les facteurs de risque inhérents aux femmes et aux enfants et sur les perceptions communautaires inhérentes à la riposte	2-10 décembre 2018	Katwa et Kalunguta	N=400 mères d'enfants âgés de moins de 5 ans, dans 38 villages 7 groupes de discussion avec des mères ayant des enfants âgés de moins de 5 ans 8 entretiens avec des dirigeants et personnalités influentes locaux. Observation de participants au sein de centres de santé
UNICEF et MOH RDC	Enquête CAP, et étude qualitative axée sur la transmission de la maladie à virus Ebola et la prévention	20-24 décembre 2018	Komanda	Échantillonnage aléatoire dans 36 villages au sein de 8 zones de santé (n=400, la moitié au sein de 4 zones de santé affectées par le virus Ebola et la moitié au sein de 4 zones de santé non affectées par le virus Ebola) 7 groupes de discussion (4 femmes/3 homes, chacun avec 8 participants = 56 personnes) Observations de participants dans 8 centres de santé Entretiens structurés avec 8 dirigeants locaux
UNICEF	Enquête CAP, et étude qualitative axée sur la transmission de la maladie à virus Ebola, la prévention et l'accès à des services de santé	22-28 janvier 2018	Oicha	Enquête réalisée auprès de n=194 foyers au sein de 12 zones de santé 6 groupes de discussion et 10 entretiens approfondis avec des femmes et des hommes, des jeunes et RECOS, des prestataires de soins, des dirigeants et des personnalités influentes.

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 (kchitnis@unicef.org)
OMS (bhatiaseviap@who.int) et (barryr@who.int)
IFRC (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.

Références

- ¹ Qualitative data on perceptions of access to, use and quality of health service, Beni, 23-28 November 2018, by Communications Commission, IPC-WASH Commission, UNICEF, WHO, Oxfam, Medair, IRC, Mercy Corps. Questions also gathered by Oxfam date from between 3 December 2018 to 25 January 2019 in Benenguli, Butsili, Bundji, Kasanga, Kanzuli, Mabolio, Madrandele, Malepe, Ngongolio (118 comments collected).
- ² Qualitative data on perceptions of access to, use and quality of health services, Beni, 23-28 November 2018, by Communications Commission, IPC-WASH Commission, UNICEF, WHO, Oxfam, Medair, IRC, Mercy Corps.
- ³ HHI KAP Survey, Goma, Bukavu, Uvira and Bunia, October 2018.
- ⁴ HHI KAP Survey, Ituri, North Kivu and South Kivu, December 2018
- ⁵ UNICEF KAP and qualitative study focused on EVD transmission and prevention, Komanda, 20-24 December 2018; UNICEF KAP and qualitative study focused on EVD transmission, prevention and access to health services in Oicha, 22-28 January 2018.
- ⁶ HHI KAP Survey, Goma, Bukavu, Uvira and Bunia, October 2018.
- ⁷ Qualitative data to understand barriers and motivators to health seeking for children, and exposure and prevention of risk, Beni, 17-21 October 2018 by Communication Commission, Oxfam, Medair, IRC, UNICEF; and Qualitative data on the perceptions EVD risk, exposure and prevention among pregnant/lactating women, Beni, Butembo and Tchomia, 22-28 October 2018, by Communication Commission, Oxfam, Medair, IRC, UNICEF.
- ⁸ Qualitative data on the perceptions EVD risk, exposure and prevention among pregnant/lactating women, Beni, Butembo and Tchomia between 22-28 October 2018, by Communication Commission, Oxfam, Medair, IRC, UNICEF.
- ⁹ IFRC community feedback from Beni, November 2018 to January 2019, and Qualitative data to understand barriers and motivators to health seeking for children, and exposure and prevention of risk, Beni, 17-21 October 2018 by Communication Commission, Oxfam, Medair, IRC, UNICEF.
- ¹⁰ UNICEF KAP and qualitative research focused on risk factors for women and kids and community perceptions of the response in Katwa and Kalunguta, 2-10 December 2018; UNICEF KAP and qualitative study focused on EVD transmission and prevention, Komanda, 20-24 December 2018; UNICEF KAP and qualitative study focused on EVD transmission, prevention and access to health services in Oicha, 22-28 January 2018.
- ¹¹ HHI KAP Survey, Ituri, North Kivu and South Kivu, December 2018
- ¹² Qualitative data to understand barriers and motivators to health seeking for children, and exposure and prevention of risk, Beni, 17-21 October 2018 by Communication Commission, Oxfam, Medair, IRC, UNICEF; and Qualitative data on perceptions of access to, use and quality of health services, Beni, 23-28 November 2018, by Communications Commission, IPC-WASH Commission, UNICEF, WHO, Oxfam, Medair, IRC, Mercy Corps.
- ¹³ HHI KAP Survey, Goma, Bukavu, Uvira and Bunia, October 2018.
- ¹⁴ Qualitative data on the perceptions EVD risk, exposure and prevention among pregnant/lactating women, Beni, Butembo and Tchomia, 22-28 October 2018, by Communication Commission, Oxfam, Medair, IRC, UNICEF.
- ¹⁵ Qualitative data focused on perceptions of access to, use and quality of health services (new and old) since the outbreak and response interventions, Katwa and Butembo, 25-31 January 2019, by IPC-WASH Commission UNICEF, WHO, IRC, CARITAS.
- ¹⁶ Qualitative data to understand barriers and motivators to health seeking for children, and exposure and prevention of risk, Beni, 17-21 October 2018 by Communication Commission, Oxfam, Medair, IRC, UNICEF; Qualitative data on perceptions of access to, use and quality of health services, Beni, 23-28 November 2018 by Communications Commission, IPC-WASH Commission, UNICEF, WHO, Oxfam, Medair, IRC, Mercy Corps; and Qualitative data focused on perceptions of access to, use and quality of health services (new and old) since the outbreak and response interventions, Katwa and Butembo, 25-31 January 2019 by IPC-WASH Commission UNICEF, WHO, IRC, CARITAS.
- ¹⁷ Findings from Qualitative data to understand barriers and motivators to health seeking for children, and exposure and prevention of risk, Beni, 17-21 October 2018 by Communication Commission, Oxfam, Medair, IRC, UNICEF; Qualitative data on perceptions of access to, use and quality of health services, Beni, 23-28 November 2018 by Communications Commission, IPC-WASH Commission, UNICEF, WHO, Oxfam, Medair, IRC, Mercy Corps; and Qualitative data focused on perceptions of access to, use and quality of health services (new and old) since the outbreak and response interventions, Katwa and Butembo, 25-31 January 2019 by IPC-WASH Commission UNICEF, WHO, IRC, CARITAS.
- ¹⁸ Findings from Qualitative data to understand barriers and motivators to health seeking for children, and exposure and prevention of risk, Beni, 17-21 October 2018 by Communication Commission, Oxfam, Medair, IRC, UNICEF; Qualitative data on perceptions of access to, use and quality of health services, Beni, 23-28 November 2018 by Communications Commission, IPC-WASH Commission, UNICEF, WHO, Oxfam, Medair, IRC, Mercy Corps; and Qualitative data focused on perceptions of access to, use and quality of health services (new and old) since the outbreak and response interventions, Katwa and Butembo, 25-31 January 2019 by IPC-WASH Commission UNICEF, WHO, IRC, CARITAS.
- ¹⁹ UNICEF KAP and qualitative research focused on risk factors for women and kids and community perceptions of the response in Katwa and Kalunguta, 2-10 December 2018.
- ²⁰ Qualitative data on perceptions of access to, use and quality of health services, Beni, 23-28 November 2018, by Communications Commission, IPC-WASH Commission, UNICEF, WHO, Oxfam, Medair, IRC, Mercy Corps.
- ²¹ Qualitative data on perceptions of access to, use and quality of health services, Beni, 23-28 November 2018, by Communications Commission, IPC-WASH Commission, UNICEF, WHO, Oxfam, Medair, IRC, Mercy Corps.
- ²² Qualitative data on perceptions of access to, use and quality of health services, Beni between 23-28 November 2018 by Communications Commission, IPC-WASH Commission, UNICEF, WHO, Oxfam, Medair, IRC, Mercy Corps.
- ²³ Qualitative data on perceptions of access to, use and quality of health services, Beni, 23-28 November 2018 by Communications Commission, IPC-WASH Commission, UNICEF, WHO, Oxfam, Medair, IRC, Mercy Corps; UNICEF KAP in Katwa and Kalunguta between 2-10 December 2018; and Qualitative data focused on perceptions of access to, use and quality of health services (new and old) since the outbreak and response interventions, Katwa and Butembo, 25-31 January 2019 by IPC-WASH Commission UNICEF, WHO, IRC, CARITAS.
- ²⁴ Qualitative data on perceptions of access to, use and quality of health services, Beni, 23-28 November 2018 by Communications Commission, IPC-WASH Commission, UNICEF, WHO, Oxfam, Medair, IRC, Mercy Corps; and Qualitative data focused on perceptions of access to, use and quality of health services (new and old) since the outbreak and response interventions, Katwa and Butembo, 25-31 January 2019 by IPC-WASH Commission UNICEF, WHO, IRC, CARITAS.
- ²⁵ Oxfam feedback data from Malepe, 17-21 December 2018.
- ²⁶ Qualitative data on perceptions of access to, use and quality of health services, Beni, 23-28 November 2018, by Communications Commission, IPC-WASH Commission, UNICEF, WHO, Oxfam, Medair, IRC, Mercy Corps.
- ²⁷ Qualitative data on perceptions of access to, use and quality of health services, Beni, 23-28 November 2018, by Communications Commission, IPC-WASH Commission, UNICEF, WHO, Oxfam, Medair, IRC, Mercy Corps
- ²⁸ Findings from Qualitative data on perceptions of access to, use and quality of health services, Beni, 23-28 November 2018, by Communications Commission, IPC-WASH Commission, UNICEF, WHO, Oxfam, Medair, IRC, Mercy Corps
- ²⁹ UNICEF KAP and qualitative study focused on EVD transmission and prevention, Komanda, 20-24 December 2018.
- ³⁰ UNICEF KAP and qualitative study focused on EVD transmission, prevention and access to health services in Oicha, 22-28 January 2018.
- ³¹ UNICEF KAP and qualitative study focused on EVD transmission and prevention, Komanda, 20-24 December 2018.
- ³² UNICEF KAP and qualitative study focused on EVD transmission, prevention and access to health services in Oicha, 22-28 January 2018.
- ³³ UNICEF KAP and qualitative research focused on risk factors for women and kids and community perceptions of the response in Katwa and Kalunguta, 2-10 December 2018.
- ³⁴ Rapid anthropological study on vaccination in pregnant/lactating women and children under one, Beni, 22-24 November 2018, by Communications Commission and WHO.
- ³⁵ Qualitative data on the perceptions EVD risk, exposure and prevention among pregnant/lactating women, Beni, Butembo and Tchomia, 22-28 October 2018, by Communication Commission, Oxfam, Medair, IRC, UNICEF.
- ³⁶ UNICEF KAP and qualitative study focused on EVD transmission and prevention, Komanda, 20-24 December 2018.
- ³⁷ Qualitative data on the perceptions EVD risk, exposure and prevention among pregnant/lactating women gathered in Beni, Butembo and Tchomia between 22-28 October 2018, by Communication Commission, Oxfam, Medair, IRC, UNICEF.
- ³⁸ UNICEF KAP and qualitative research focused on risk factors for women and kids and community perceptions of the response in Katwa and Kalunguta, 2-10 December 2018.
- ³⁹ Oxfam community feedback data from Malepe/Kaliva, 9-14 December 2018.
- ⁴⁰ UNICEF KAP and qualitative study focused on EVD transmission and prevention, Komanda, 20-24 December 2018.
- ⁴¹ Qualitative data on the perceptions EVD risk, exposure and prevention among pregnant/lactating women gathered in Beni, Butembo and Tchomia between 22-28 October 2018, by Communication Commission, Oxfam, Medair, IRC, UNICEF.
- ⁴² UNICEF KAP and qualitative research focused on risk factors for women and kids and community perceptions of the response in Katwa and Kalunguta, 2-10 December 2018.
- ⁴³ Qualitative data on perceptions of access to, use and quality of health services, Beni, 23-28 November 2018 by Communications Commission, IPC-WASH Commission, UNICEF, WHO, Oxfam, Medair, IRC, Mercy Corps; UNICEF KAP in Katwa and Kalunguta, 2-10 December 2018; and Qualitative data focused on perceptions of access to, use and quality of health services (new and old) since the outbreak and response interventions, Katwa and Butembo, 25-31 January 2019 by IPC-WASH Commission UNICEF, WHO, IRC, CARITAS.
- ⁴⁴ Qualitative data focused on perceptions of access to, use and quality of health services (new and old) since the outbreak and response interventions, Katwa and Butembo, 25-31 January 2019, by IPC-WASH Commission UNICEF, WHO, IRC, CARITAS.
- ⁴⁵ HHI KAP Survey, Ituri, North Kivu and South Kivu, December 2018