

Considérations clés : évolution des comportements & des pratiques en matière de recours aux services de santé dans le *Grand Nord* de la province du Nord-Kivu, en RDC

Cette note stratégique résume les considérations clés relatives aux évolutions des comportements et des pratiques en matière de recours aux services de santé dans le contexte de la flambée épidémique d'Ébola survenue dans le *Grand Nord* de la province du Nord-Kivu, en RDC, en septembre 2018. D'autres enquêtes participatives doivent être menées auprès des populations touchées, mais étant donné la transmission actuelle du virus, communiquer sur les considérations clés et des recommandations immédiates a été jugé prioritaire.

Cette note stratégique est basée sur les contributions apportées par des conseillers experts communiquant étroitement avec des réseaux de contacts dans la province du Nord-Kivu (leaders communautaires, chefs religieux, autorités locales, cliniciens, membres du personnel de santé, membres du personnel d'ONG, membres de la communauté, chercheurs locaux, etc.). Elle s'appuie sur une étude rapide de la littérature grise existante, de l'expérience de précédentes flambées épidémiques d'Ébola en RDC et ailleurs, et des discussions informelles avec des collègues de l'UNICEF, de l'OMS, de la FICR et du Groupe de sciences sociales GOARN et d'autres.

Avant sa finalisation, elle a été examinée par des conseillers experts d'Anthrologica, de l'Institute of Development Studies, d'Harvard Academy for International and Area Studies, de l'Université de Bâle, de l'Université de Notre Dame, de l'Université de Gand, du Pole Institute, de l'Université de Floride, du CNRS-MNHN, du Musée de l'Homme Paris, de l'Université du Sussex, de l'Institut de Recherche pour le Développement, ainsi que par des collègues de la communication sur les risques et l'engagement communautaire de l'UNICEF, de l'OMS et des CDC. Les opinions exprimées dans le document ne sont pas partagées à l'unanimité par tous les examinateurs. La responsabilité de cette note stratégique revient à la Plateforme Social Science in Humanitarian Action (SSHAP).

Recommandations Clés

Engagement communautaire

- **Renforcer le dialogue communautaire** : Les communautés du Grand Nord manifestent constamment leur besoin d'informations plus détaillées qui vont au-delà de la répétition de messages élémentaires. Ceci doit être interprété comme un indicateur positif d'engagement que l'intervention doit exploiter. Bien que de nombreuses activités en matière d'engagement communautaire soient en cours de réalisation dans le Grand Nord, le flux d'informations demeure en grande partie unidirectionnel : de l'intervention aux communautés affectées. Il a été signalé que lorsque des réunions communautaires sont organisées, il y a généralement peu d'opportunité pour la participation communautaire, pour la discussion ou pour que les participants posent des questions ou proposent des solutions. Lorsque des communautés estiment qu'elles manquent d'informations suffisantes et de pouvoir de décision ou qu'elles ne sont pas en mesure de se conformer aux comportements prescrits, des frustrations peuvent rapidement se développer. Dans le contexte du Grand Nord, on a souvent recours à la violence lorsque les frustrations deviennent trop importantes. Il faut passer à un dialogue communautaire constructif qui en priorité écoute les communautés affectées et facilite l'échange d'informations bidirectionnel. C'est essentiel dans la mesure où cela a) encourage la participation active et confère un certain pouvoir aux populations ; et b) peut fournir à la riposte des informations utiles sur le plan opérationnel. Favoriser un dialogue réel requiert des compétences et une expertise spécifiques qui devraient être renforcées dans l'équipe d'intervention.
- **Se tourner vers la réponse communautaire** : L'on recommande que le terme « réponse communautaire » soit adopté par l'intervention et d'éviter d'utiliser des termes basés sur la notion de « rumeurs » (par exemple, « suivi des rumeurs »). Les rumeurs impliquent intrinsèquement des informations négatives et erronées et représentent uniquement un type d'information circulant au niveau communautaire même si elles présentent une signification particulière. La « réponse communautaire » est constructive, porte les notions de pouvoir et de confiance et comprend différents types d'informations (à la fois positives et négatives).
- **Analyser et rendre opérationnelle la réponse communautaire** : Les agences tentent de recueillir et d'analyser la réponse communautaire de manière plus systématique mais cela s'avère difficile à réaliser au moment nécessaire et avec efficacité. Une assistance technique et des ressources supplémentaires devraient servir à recueillir et analyser la réponse communautaire rapidement, et l'analyse devrait être utilisée pour orienter les décisions de l'intervention. La réponse communautaire devrait être directement transmise à la Commission Communication, mais elle devrait également être intégrée et opérationnalisée dans les autres composantes de l'intervention au travers de l'IMS et d'autres institutions pertinentes.

- **Analyser et rendre opérationnelles les données d'enquête** : Il est essentiel de mieux comprendre les pratiques spécifiques de recours aux soins et de traitement parmi les communautés affectées, ainsi que la manière dont elles sont susceptibles d'évoluer pendant la durée de l'intervention. Une enquête connaissances, attitudes et pratiques (CAP) réalisée une semaine après que la flambée épidémique d'Ébola n'ait été déclarée dans la province du Nord-Kivu (août 2018) par la Commission Communication et soutenue par l'UNICEF a indiqué que bien que le niveau de sensibilisation au sujet du virus Ébola soit élevé parmi les populations interrogées à Beni et dans la localité de Mangina, le niveau des connaissances était faible. La deuxième enquête CAP de la Commission est en cours de réalisation en septembre et la comparaison entre ces séries de données devrait fournir des informations utiles au sujet des évolutions en matière de connaissances et de pratiques au cours de la première phase de flambée épidémique. Des informations supplémentaires relatives à cette enquête CAP sont disponibles auprès de Jonathan Shadid (jdshadid@unicef.org). La Harvard Humanitarian Initiative mène également une enquête à Beni, Butembo et Goma. Les données et analyses seront disponibles à partir du 22 septembre et devraient être examinées rapidement par les organismes d'intervention, et utilisées en tant que données factuelles pour orienter les interventions. Des informations supplémentaires relatives à l'enquête HHI sont disponibles auprès de Patrick Vink (pvink@hsph.harvard.edu). Des données qualitatives de bonne qualité pouvant être croisées avec les données CAP sont nécessaires afin de fournir une compréhension plus précise et nuancée des causes fondamentales de certains comportements.
- **Avoir une approche participative** : Les activités d'engagement communautaire doivent être aussi participatives que possible. Il a été signalé que des ateliers basés sur l'action qui utilisent des méthodes « ludoéducatives » et des jeux de rôles ont été bien accueillis par les participants qui ont manifesté un niveau plus élevé d'engagement soutenu. Ceci est particulièrement important pour engager des populations à faible niveau d'alphabétisation qui maîtrisent uniquement les langues locales, et afin de garantir une approche sensible au genre. Plutôt que de se contenter d'indiquer aux populations quoi faire de manière didactique, il convient de donner des explications quant à la raison pour laquelle ces comportements sont importants et de fournir davantage de précisions. Des modes d'engagement communautaire divers exploitant des plateformes locales devraient être utilisés de manière stratégique et évalués afin de permettre de canaliser les ressources limitées pour qu'elles aient le maximum d'effet.
- **Travailler au travers des structures locales** : Une visibilité plus importante des autorités locales et des leaders communautaires de confiance est nécessaire afin d'endiguer les fausses informations et les craintes ; d'encourager les membres communautaires à signaler les symptômes, à recourir aux soins rapidement et à alerter les équipes chargées des inhumations ; d'obtenir une assistance et une réponse de la part des communautés ; et de faciliter l'accès des équipes d'intervention aux régions affectées. Il est essentiel que les membres du personnel local et les structures locales soient convenablement rémunérés et disposent des ressources appropriées et que les processus de recrutement soient transparents. De nombreux rapports signalent que les membres du personnel de santé et les agents de vaccination locaux perçoivent des rémunérations sensiblement moins élevées que les membres du personnel venus de Kinshasa pour participer à l'intervention dans la province du Nord-Kivu. L'on craint également que les taux de rémunération élevés offerts au personnel d'intervention local par les agences internationales ne soient déstabilisants à plus long terme. Que ce soit le cas ou pas, les perceptions généralisées de salaires inéquitables, d'actes de corruption et de népotisme (avec certaines autorités locales, y compris des dirigeants locaux, qui attribuent du travail sécurisé et bien rémunéré aux membres de leur réseau immédiat) alimentent le ressentiment et la frustration et devraient être traitées et résolues sans détour.
- **L'engagement avec les groupes armés** : Les pratiques des groupes armés en matière de recours aux soins peuvent accroître l'insécurité et augmenter le risque de transmission. Un engagement plus poussé avec les groupes armés est nécessaire pour déterminer leur niveau de connaissance du virus Ébola, la manière dont ils sont susceptibles de se protéger, et la manière dont ils ont recours aux soins pour traiter des symptômes qui sont/ne sont pas susceptibles d'être des signes du virus Ébola. Il est recommandé qu'une stratégie spécifique soit développée pour impliquer les groupes armés.

Pratiques en matière de recours aux services de santé

- **Démystifier les centres de traitement d'Ébola (CTE)** : Il a été bien documenté que la conception des CTE, le niveau d'engagement des communautés, le rôle des familles et des canaux de communication solides pouvaient contribuer à démystifier les CTE et les positionner en tant que centres de soins de bonne qualité au sein desquels il y a un espoir de traitement et de survie. Des activités ayant pour but direct de réduire la peur générale à propos des CTE, de l'isolement et du sentiment d'incertitude doivent être rapidement intégrées à plus grande échelle (voir détails ci-dessous). Il va de soi que les survivants et leurs « témoignages » sont intégrés à des stratégies d'engagement dans le Grand Nord, mais prendre soin de leur santé et de leur bien-être doit être primordial.
- **Encourager la présentation et le signalement précoces** : Il a été rapporté que les communautés hésitent de plus en plus à se rendre dans des services de soins par peur de contracter le virus Ébola en s'y rendant pour une autre maladie et d'être envoyées dans un CTE. La démystification des CTE et l'introduction de procédures de triage dans les services de soins peut encourager le signalement et la présentation précoces de signes et de symptômes, mais les efforts d'engagement des communautés doivent aussi chercher à rétablir directement la confiance dans les structures sanitaires et vis-à-vis des professionnels de santé. Les compétences des agents de santé (y compris ceux des postes de santé) doivent être renforcées afin de garantir qu'ils soient certains de reconnaître les signes et

symptômes de la maladie à virus Ébola et qu'ils agissent en conséquence (en appliquant les procédures de triage et de contrôle et prévention des infections, en isolant le patient si nécessaire, en établissant la liaison avec leur CTE ou l'équipe d'intervention locale, en faisant appel à une équipe EDS ou à une équipe d'enquête en cas de décès du patient). Les activités d'engagement communautaire doivent souligner que tout individu présentant des signes ou symptômes potentiels du virus Ébola doit se rendre directement au CTE le plus proche.

- **La vaccination** : De manière générale, le vaccin contre le virus Ébola semble avoir été bien accepté avec un taux d'acceptation élevé parmi ceux qui sont éligibles. Toutefois, certains membres des communautés continuent d'exprimer la crainte qu'il s'agisse d'une injection létale qui transmet le virus Ébola aux individus. La notion selon laquelle le vaccin peut empêcher une femme de tomber enceinte et provoquer la stérilité a également été signalée récemment dans plusieurs communautés dans le Grand Nord. Les stratégies d'engagement doivent traiter ces craintes tout en mettant l'accent sur le fait que le vaccin n'est pas un « remède miracle » et en soulignant que les pratiques protectrices et les mécanismes de contrôle de santé publique doivent demeurer malgré la vaccination.
- **Les soins à domicile** : Dans les régions isolées et dangereuses auxquelles les intervenants ne peuvent pas accéder et depuis lesquelles il est peu probable que les patients soient en mesure de se rendre dans des centres de santé, les populations doivent être soutenues pour assurer des soins à domicile sécurisés. Ceci est à la fois complexe et controversé, mais étant donné le contexte du Grand Nord, peut s'avérer une option potentielle, en s'appuyant sur les moyens locaux d'autoprotection. Cela impliquera des formations dispensées aux membres de la communauté (éventuellement par le biais de l'utilisation de clips vidéo) ainsi que la fourniture continue de ressources et d'équipements de protection appropriés. Une supervision d'assistance à distance pourrait être fournie via WhatsApp (appels vocaux, SMS ou messagerie vidéo).

Adoption de comportements protecteurs

- **Lavage des mains** : Si les communautés maintiennent des pratiques de lavage des mains, l'équipement nécessaire doit être distribué équitablement et les fournitures de base maintenues. La fourniture de biens matériels doit être bien négociée au niveau communautaire afin d'éviter tout conflit. Lorsque les communautés ne sont pas à même de suivre des mesures de prévention en raison d'un manque de ressources, les niveaux de frustration et les craintes associées se développent. Aux postes de contrôle, tous les voyageurs doivent être encouragés à utiliser les postes de lavage des mains en place, y compris les passagers de minibus et les chauffeurs de taxis-motos susceptibles de ne pas pouvoir mettre pied à terre en raison de lourds chargements. La meilleure manière de procéder doit être identifiée au niveau local. Il peut également être utile d'expliquer que les pratiques telles que le lavage des mains auront un impact positif sur les problèmes de santé persistants autres que le virus Ébola, par exemple pour interrompre la propagation du choléra.
- **Pratiques en matière d'inhumation** : Bien que les communautés semblent avoir largement accepté les protocoles d'enterrements dignes et sécurisés (EDS), des difficultés ont été signalées du fait du temps écoulé entre le moment où la famille fait appel à une équipe chargée des inhumations et le moment où elle arrive sur place. Afin d'atténuer cette frustration et son impact négatif vis-à-vis des équipes d'intervention, il convient de fournir des informations claires aux communautés quant au délai nécessaire pour qu'une équipe se rende sur place et des indications quant à ce que les familles peuvent faire de manière constructive pendant ce laps de temps. Il faut également souligner que, bien que les communautés semblent accepter les EDS sur le moment, l'impact de l'impossibilité de procéder à une inhumation « adéquate » est important à plus long terme et les communautés affectées doivent bénéficier d'une assistance psychosociale continue si l'EDS n'est pas perçue comme une inhumation « adéquate ».
- **Changements de régime alimentaire** : Il a été signalé que les populations avaient changé leur régime alimentaire pour cesser de manger de la viande (bœuf, chèvre, etc.). Il convient de clarifier le fait que manger de la viande n'est pas interdit, notamment parce que cela peut avoir de graves incidences sur les communautés qui présentent déjà des carences nutritionnelles.
- **Contact physique** : Des préoccupations à propos de contacts physiques intimes sont fréquemment exprimées par les membres des communautés en termes d'« amour maternel » et de « toucher son partenaire », et plus généralement de santé sexuelle et reproductive (surtout exprimé par les jeunes). Ces questions et préoccupations doivent être abordées directement dans le cadre d'activités d'engagement communautaire. Compte tenu des nouvelles recherches réalisées sur le risque qui subsiste de transmission sexuelle (basées sur des études longitudinales réalisées après la flambée épidémique d'Ébola en Afrique de l'Ouest), la communication doit être mise à jour pour être aussi précise que possible.

Pratiques en matière de recours aux services de santé

- **Les recours thérapeutiques multiples** : Les pratiques en matière de recours aux soins ne sont pas statiques et évoluent en fonction des conditions immédiates. Les communautés sont pragmatiques : les comportements individuels et collectifs sont adaptés pour protéger la santé d'un individu, de son foyer et de sa communauté. Les populations tenteront plusieurs lignes d'action dans le but de trouver un traitement, et auront recours à différents types de soins successivement ou en parallèle (y compris la biomédecine, l'automédication et les pratiques de guérison locales). Lorsqu'elles comprennent le risque de transmission, les communautés sont mieux placées pour suggérer des modifications dans les pratiques de soins locales et les comportements en matière de recours aux soins.
- **L'accueil dans les services de soins** : Malgré la faiblesse du système de santé et les difficultés persistantes pour accéder aux services de soins, des niveaux de confiance élevés à l'égard des services médicaux et des agents de santé ont été signalés dans le Grand Nord avant la flambée épidémique d'Ébola, notamment dans les centres urbains. Néanmoins, les recours tardifs aux services de soins, avec des symptômes déjà bien avancés, étaient une pratique courante avant les flambées épidémiques d'Ébola. Au cours de la première phase de l'intervention sur le territoire de Beni, il avait été noté que les personnes qui coopéraient avec les services de santé étaient davantage susceptibles de se rendre dans un centre de santé avec des symptômes, le virus Ébola étant « nouveau » et « inconnu » : « *Les populations comprennent qu'il s'agit [Ébola] d'une maladie extrêmement dangereuse, par conséquent, elles sont moins susceptibles d'avoir recours à la médecine traditionnelle ou naturelle, mais plutôt de se rendre directement à l'hôpital* ». Toutefois, des taux de fréquentation plus faibles ont récemment été signalés dans de nombreuses zones sanitaires et les communautés craignent de plus en plus de se rendre dans les centres médicaux. Parmi les raisons les plus fréquemment avancées : « *la crainte que l'on vous dise que vous avez contracté le virus Ébola lorsque vous souffrez d'autre chose* » (comme par exemple la malaria) ; « *la crainte de contracter le virus Ébola lorsque vous vous trouvez au centre médical* » (du personnel de santé, d'autres patients, ou être infecté délibérément) ; « *la crainte d'être kidnappé ou envoyé au centre de traitement d'Ébola* ». Compte tenu des mesures de prévention et de contrôle des infections (PCI) limitées qui étaient en place et de la capacité limitée du personnel de santé à identifier et répondre aux signes et symptômes d'Ébola au début de la flambée épidémique, la crainte d'être infecté dans un service de soins et la confiance réduite vis-à-vis du personnel de santé n'étaient pas injustifiées.
- **La peur des CTE** : La méfiance généralisée et la peur à l'égard des CTE empêchent les communautés de signaler des symptômes et de se rendre dans les services de santé. La perception selon laquelle tout individu se rendant dans un CTE « *va sûrement mourir* » ainsi que les craintes communes vis-à-vis de l'isolement et de l'inconnu sont clairement exprimées dans les récits des communautés. L'UNICEF a récemment mentionné l'organisation de réunions avec des leaders communautaires afin de leur faire connaître les CTE. Ce type de consultations s'est avéré efficace lors de la flambée épidémique survenue en Afrique de l'Ouest lorsque des membres des communautés et des leaders ont bénéficié de « *visites de la zone verte des CTE* ». De la même manière, des membres du personnel de CTE ont organisé des visites des communautés lors desquelles ils leur expliquaient les activités d'un CTE, les écoutaient et répondaient aux questions et préoccupations. Il a été suggéré que des clips vidéo brefs montrant un « *tour virtuel* » d'un CTE et mettant en évidence les soins dispensés aux patients soient utilisés parallèlement à d'autres activités d'engagement des communautés. L'importance accordée aux soins familiaux et au fait de ne pas être isolé ne doit pas être sous-estimée. Lors de l'intervention contre la flambée épidémique d'Ébola survenue en Équateur (2018), ALIMA a utilisé des parois transparentes dans leur CTE pour permettre aux membres de la famille de « *voir* » ce qui se passait, et installé un « *hôtel familial* » à proximité du CTE dans lequel les membres de la famille étaient logés pendant que le patient était traité. Il est impératif d'améliorer les canaux de communication entre les CTE et les communautés et de tenir les membres de la famille au courant de l'état de santé de leur proche. Des directives ont déjà été établies afin de garantir que la famille d'un patient reçoive un counseling psychosocial. Plus important encore, la perception que quiconque admis dans un CTE va mourir doit être remplacée par la perception qu'un CTE est un lieu sûr qui dispense des traitements qui sauvent. Lors d'autres flambées épidémiques, les survivants ont joué un rôle essentiel pour donner de l'espoir aux communautés, en apportant des témoignages sur les soins dispensés aux patients, et à travers leur propre expérience montrant que les malades peuvent survivre.
- **Soins alternatifs** : Les communautés continuent à utiliser des soins alternatifs tels que l'automédication, les pharmacies et les guérisseurs traditionnels, souvent pour des raisons pragmatiques comme un accès plus facile, des coûts directs et indirects inférieurs et des délais d'attente plus courts que ceux associés aux centres médicaux. L'intervention a été proactive en impliquant des prestataires alternatifs de soins de première ligne dans la province du Nord-Kivu. Il s'agit d'un développement encourageant comparativement à d'autres flambées épidémiques, car ils peuvent être des agents positifs pour les changements de comportements au niveau des communautés (en jouant un rôle de leader par l'exemple ou en transmettant des informations sanitaires essentielles) et fournir une compréhension en temps réel aux équipes de recherche de contacts et de surveillance. L'OMS a indiqué procéder à la cartographie des guérisseurs traditionnels dans le Grand Nord et leur fournir des informations relatives aux signes et aux symptômes du virus Ébola ainsi qu'à la manière de référer un patient, et leur proposer la vaccination. Aucun détail supplémentaire n'est connu, mais l'objectif de la cartographie devrait être de distinguer différents types de guérisseurs / thérapeutes locaux et d'établir un rapport sur les différents types d'intervention qu'ils proposent. Dans la province du Nord-Kivu, comme dans le reste de la RDC, il est essentiel de déterminer la cause de la maladie, et les

guérisseurs locaux sont souvent consultés à cet effet. Toutefois, il convient de noter que même si l'on pense que la cause est une malédiction ou un acte de sorcellerie, cela n'empêche pas nécessairement d'avoir recours aux soins biomédicaux.

- **L'Église et les ONG internationales** : L'église protestante présente une longue tradition d'engagement missionnaire et ecclésiastique en fournissant des soins médicaux aux communautés dans la région du Kivu. L'hôpital général d'Oicha, par exemple, est dirigé par la CECA-20 (20^{ème} Communauté Evangélique au Centre de l'Afrique, faisant partie de l'Eglise du Christ au Congo) et il est signalé comme ayant bonne réputation. Les contributions émanant d'hommes d'affaires aisés basés à Butembo ont renforcé davantage les institutions de soins de santé dans certaines régions du Grand Nord, mais pas à Mangina. Les organisations humanitaires internationales ont également été une source importante de soins. Médecins Sans Frontières (MSF), par exemple, a assuré des soins en collaboration avec le ministère de la Santé dans la province du Nord-Kivu pendant de nombreuses années, tandis que d'autres ONG et organisations confessionnelles ont assuré des soins avec des équipes mobiles aux populations qui n'ont pas accès aux centres médicaux gouvernementaux en raison de problèmes de mobilité et d'insécurité. Dans quelle mesure ces équipes sont toujours opérationnelles et pourraient être utilisées par les communautés lors de la flambée épidémique d'Ébola n'est pas clair.
- **Politique et insécurité** : La complexité de la situation politique, le conflit et l'insécurité dans le Grand Nord ont été bien documentés et forment un contexte dynamique quant à la manière dont les communautés perçoivent la flambée épidémique d'Ébola. La perception d'Ébola comme en continuité avec la menace de massacres de masse et comme « amené » à Beni (de la province de l'Équateur) pour maintenir l'insécurité dans le Grand Nord est généralisée et continue à circuler dans les médias locaux. Dans des articles publiés sur Internet et interviews à la radio récents, par exemple, il a été suggéré que le virus Ébola avait été « fabriqué » pour perpétrer des actes de « terrorisme médical ». Un discours localisé suggère que Ébola est un problème (ou phénomène) propre à la ville de Mangina ou au Grand Nord plutôt qu'une question de santé publique plus large.
- **Influence des groupes armés** : Avant la flambée épidémique d'Ébola actuelle, l'accès aux soins était extrêmement difficile pour les communautés directement affectées par le conflit actuel et de nombreux centres médicaux situés dans les régions les plus instables et dangereuses avaient fermé. Les hôpitaux et centres médicaux situés sur le territoire de Beni étaient en proie à des attaques de la part de groupes armés à la recherche de médicaments, et de nombreux médecins aux alentours de Beni (y compris des personnels internationaux) avaient été kidnappés pour fournir des soins médicaux aux membres du groupe. Il a été signalé que le système de santé (aussi bien les structures que le personnel) serait impliqué dans la politique de la milice locale, les conflits fonciers et les litiges ethniques, notamment aux alentours des *groupements* de Bambuba-Kisiki et de Banande-Kainama. Par conséquent, l'insécurité et les assassinats aux alentours de Beni ont coïncidé avec le déplacement forcé et l'intimidation des médecins de l'hôpital d'Oicha, et l'hôpital situé à Eringeti a été la cible d'un grave attentat fin 2015. Les pratiques de recours aux soins des groupes armés peuvent accroître l'insécurité et le risque de transmission. Un engagement plus poussé avec les groupes armés est nécessaire pour préciser leur niveau de connaissance du virus Ébola, la manière dont ils pourraient se protéger, et la manière dont ils ont recours aux soins pour traiter des symptômes qui sont/ne sont pas susceptibles d'être des signes du virus Ébola. Il a été suggéré que des membres de groupes armés pourraient passer la frontière pour se faire soigner dans des hôpitaux réputés tels que celui de Bundibugyo (Ouganda), même si, encore une fois, une enquête plus approfondie est nécessaire.

Évolution des comportements

- **Pratiques funéraires** : Bien que les communautés semblent avoir largement accepté les protocoles d'enterrement digne et sécurisé (EDS), des difficultés ont été signalées du fait du temps écoulé entre le moment où la famille fait appel à une équipe chargée des inhumations et le moment où elle arrive sur place. Au moment de la rédaction de ce rapport, 10 équipes d'EDS de la Croix-Rouge ont été formées et sont opérationnelles à Beni (2), Mangina (4), Butembo (2), Bunia (1) et Mambasa (1). Compte tenu de l'étendue des régions que ces équipes doivent couvrir, le délai entre le moment où l'équipe est prévenue et celui où elles peuvent arriver au domicile de l'individu décédé doit être pris en compte. L'établissement récent de la sous-commission EDS dans la province du Nord-Kivu devrait permettre de renforcer ce pilier de l'intervention.
- **Lavage des mains** : Un lavage des mains fréquent est constamment observé dans le Grand Nord où des postes de lavage des mains et des points de chloration ont été mis en place, et de l'eau et du savon ont été fournis. De manière générale, le niveau de sensibilisation au lavage des mains est élevé, et à Goma (qui n'est pas actuellement affectée par la flambée épidémique), de nombreux restaurants fournissent à leurs clients un désinfectant pour les mains. Toutefois, dans des régions du Grand Nord où l'équipement n'a pas été distribué, il est signalé que certaines communautés ne peuvent pas procéder au lavage des mains en raison des ressources limitées. Le prix du désinfectant vendu sur les marchés a augmenté rapidement au cours des dernières semaines, et dans les régions au sein desquelles la mobilité est réduite (en raison d'Ébola et de l'insécurité), les populations utiliseraient des cendres à la place du savon (par exemple, les villageois de la zone sanitaire de Mbalako, comprenant Kantine, Ngoyo, Kyanzaba et Bingo qui ne sont pas en mesure de se rendre à Mamingi pour acheter du savon). Aux postes de

contrôle, de nombreux chauffeurs de taxis-motos ne mettent pas pied à terre pour se laver les mains de crainte que leurs motos lourdement chargées ne tombent. De la même manière, de nombreux passagers se déplaçant en *camions* (minibus locaux bondés) ne sortent pas du bus pour se laver les mains. Le manque d'eau potable a été signalé dans certaines régions, bien que des dispositifs de stockage d'eau aient été installés à Beni et Mangina.

- **Contact physique limité** : Dans le Grand Nord et dans d'autres régions de la province du Nord-Kivu (par exemple à Goma), il est souvent constaté que les individus ont cessé de se serrer la main ou de s'embrasser. Les individus se saluent désormais d'un signe de la main, en faisant toucher leurs coudes, en tapant la voûte intérieure de leurs pieds et, pour plaisanter, en « remuant » ou en « se cognant » les hanches ou les fesses. Les vendeurs utilisent des sacs en plastique en tant qu'équipement de protection de fortune pour distribuer des articles tels que des bouteilles de bière ou les arachides, et il a été signalé que les barbiers portaient des gants et désinfectaient leurs ciseaux et rasoirs avant de raser la tête d'un client. Des préoccupations concernant les contacts physiques intimes sont fréquemment exprimées par les membres de la communauté en termes d'« amour maternel » et de « toucher son partenaire ».
- **Alimentation et régime alimentaire** : De nombreux individus ont commencé à éviter de partager de la nourriture et des boissons. Plutôt que des amis buvant de l'alcool produit localement dans la même bouteille, certains individus apportent désormais leur propre verre ou tasse. L'on a également constaté que les populations préparaient leurs repas en utilisant de l'eau chlorée, mais il a été remarqué que cela changeait le goût des aliments et les rendait « amers ». Il a également été signalé que certains individus avaient changé leur régime alimentaire pour cesser de manger de la viande (bœuf, chèvre, etc.). Ceci peut avoir été provoqué par les messages incitant à éviter de manger de la viande de brousse, mais une enquête plus approfondie est nécessaire.
- **Fréquentation des églises** : Il a été signalé que certaines personnes restaient chez elles plutôt que de se rendre à l'église de manière à éviter les grands rassemblements. Dans les églises, des modifications ont été apportées lors des offices afin de réduire les contacts physiques : les individus ne se serrent plus la main, la communion a cessé ou a été modifiée de manière à ce que la congrégation ne partage pas la même tasse ; et certaines églises auraient cessé de célébrer les baptêmes. Les chefs religieux maintiennent des liens étroits avec leurs paroissiens et de plus petits groupes de prière continuent à se réunir.
- **Circulation des individus** : Les individus continuent d'être extrêmement mobiles, en se déplaçant dans et en dehors du Grand Nord, dans les territoires affectés et entre les centres urbains et les zones rurales. Malgré ce niveau de mobilité « normal », il est signalé que les communautés sont extrêmement vigilantes et contrôlent les individus qui entrent dans leurs zones. Les communautés (par exemple dans la province de l'Ituri) demeurent préoccupées par le fait que des individus qui auraient fui Beni et Mangina en raison du virus Ébola soient susceptibles de transmettre la maladie à d'autres régions. Ceci s'est avéré difficile pour la recherche de contact dans la mesure où les équipes d'intervention sont également considérées comme présentant un risque élevé. Des consultations communautaires ont été nécessaires pour surmonter le refus de certaines communautés envers la recherche de contact, mais le fait que les communautés soient vigilantes quant aux individus qui pénètrent dans leur zone est positif, notamment en raison du contexte d'insécurité permanente.
- **Scolarisation** : Le début de la nouvelle année scolaire (début septembre) a généré des craintes concernant la propagation du virus Ébola. Certains parents ont suggéré qu'ils ne permettraient pas à leurs enfants de retourner à l'école par crainte de l'infection, et le syndicat des enseignants (*Syndicat des Enseignants du Congo, SYECO*) a encouragé tous les écoliers et enseignants à se faire vacciner avant le début de l'année scolaire. L'UNICEF incite les écoles (directeurs d'écoles, associations de parents d'élèves) situées dans les zones sanitaires affectées à mettre en place des systèmes de protection. Les enseignants doivent disposer de compétences psychosociales de base pour accompagner leurs élèves, et les écoliers devraient être impliqués en utilisant les méthodes participatives appropriées pour les informer au sujet de la maladie, de la manière de se protéger et de protéger leurs familles, et au sujet du traitement et de la vaccination.

Contacts

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

Centres de liaison clés Plateforme :
UNICEF (kchitnis@unicef.org)
OMS (bhatiaseviap@who.int)
IFRC (ombretta.baggio@ifrc.org)
Commission Communication en RDC (jdshadid@unicef.org)
Groupe de sciences sociales GOARN (gobathn@cariff.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.