

## Compilation de données en matière de sciences sociales et comportementales – Novembre 2018

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 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 au sein de la région, nous avons cherché à examiner 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.

Cette compilation de données a été réalisée par Kevin Bardosh (Université de Floride) avec l'assistance de la Plateforme Social Science in Humanitarian Action et du Groupe de recherche des sciences sociales GOARN. Des contributions ont été apportées par des collègues d'Anthrologica, des CDC, de l'UNICEF, de l'OMS, de la FICR, et d'Oxfam.

Cette note stratégique élaborée par Juliet Bedford, Ingrid Gercama et Kevin Bardosh, résume les considérations clés inhérentes à la compilation de données. Un document de travail plus détaillé fournissant une analyse supplémentaire est disponible en envoyant un e-mail à [julietbedford@anthrologica.com](mailto:julietbedford@anthrologica.com).

### Réponses communautaires : thèmes et questions

Les thèmes abordés dans le cadre des réponses communautaires ont été compilés par la FICR (avec l'assistance des CDC), Oxfam et l'UNICEF. Le tableau ci-dessous présente les cinq thèmes les plus fréquemment identifiés parmi les réponses communautaires recueillis par les bénévoles de la Société nationale de la Croix-Rouge en août, septembre et octobre (le thème classé en 1<sup>ère</sup> position représentant le thème le plus fréquemment abordé). La majorité des réponses communautaires impliquaient des questions liées aux procédures de la vaccination et la riposte, suivies par des questions liées au diagnostic et au traitement, au virus Ébola comparativement à d'autres maladies/problèmes, aux résultats cliniques inhérents au virus Ébola et aux inhumations.

Thèmes identifiés parmi les réponses communautaires compilés par les bénévoles de la Croix-Rouge dans la province du Nord-Kivu en 2018

	Août	Septembre	Octobre
	233 réponses	1020 réponses	1896 réponses
	Beni, Mabalako	Beni, Butembo, Mabalako	Beni, Butembo, Bunia, Mabalako
<b>1ère position</b>	Vaccins	Vaccins	Procédures de riposte
<b>2e position</b>	Diagnostics et traitements	Procédures de riposte	Vaccins
<b>3e position</b>	Résultats cliniques inhérents au virus Ébola	Virus Ébola comparé à d'autres maladies/problèmes	Diagnostic et traitement
<b>4e position</b>	Virus Ébola comparé à d'autres maladies/problèmes	Résultats cliniques inhérents au virus Ébola	Virus Ébola comparé à d'autres maladies/problèmes
<b>5e position</b>	Procédures de riposte	Inhumations	Résultats cliniques inhérents au virus Ébola

Les questions posées par les membres communautaires ont également été rapportées dans le cadre des réponses communautaires recueillis par la FICR, Oxfam et l'UNICEF. Le tableau suivant présente une sélection de questions fréquemment posées figurant dans les réponses communautaires, regroupées par thème principal (non par ordre de fréquence).

Questions identifiées parmi les réponses communautaires compilées par la FICR, l'UNICEF et Oxfam, dans la province du Nord-Kivu en 2018

<b>Vaccins</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pourquoi ne pas donner le vaccin à tout le monde comme pour les autres maladies ?</li> <li>• Pourquoi est-ce que les femmes enceintes et allaitantes ne peuvent pas obtenir le vaccin, alors qu'elles sont susceptibles d'être facilement infectées ?</li> <li>• Pourquoi doit-on montrer sa carte d'identité lorsque l'on se fait vacciner ?</li> <li>• Le vaccin est-il différent pour le personnel médical et le grand public ?</li> <li>• Après avoir reçu le vaccin, est-il possible de toucher une personne atteinte du virus Ébola ?</li> <li>• Les personnes qui se font vacciner reçoivent-elles de l'argent ?</li> <li>• Pourquoi prenez-vous les noms des chefs de famille au lieu de marquer les murs des maisons comme lors d'une campagne de vaccination ?</li> </ul>
<b>Procédures de riposte</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pourquoi autant de membres du personnel sont-ils impliqués dans la riposte contre le virus Ébola et pas pour les autres maladies ou les conflits ?</li> <li>• Pourquoi les médecins et infirmières de notre propre communauté ne font-ils pas partie des équipes de riposte contre le virus Ébola ?</li> <li>• Dois-je payer pour l'ambulance lorsqu'ils vont chercher un patient ?</li> <li>• Qui prend en charge la nourriture pour les patients et les frais de communication pour la famille lorsqu'une personne est placée dans un centre de traitement d'Ébola (CTE) ?</li> <li>• Doit-on envoyer nos enfants à l'école et quelles précautions sont-elles prises dans les écoles ?</li> </ul>
<b>Diagnostic et traitement</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les tests de laboratoire sont-ils gratuits ?</li> <li>• Le diagnostic est-il divulgué à des tiers ?</li> <li>• Pourquoi prélever des échantillons sur les personnes malades après leur décès ?</li> <li>• Combien de temps le virus reste-t-il à l'intérieur du corps ?</li> <li>• Pourquoi la famille n'est-elle pas autorisée à apporter de la nourriture à des patients dans les CTE ?</li> <li>• Existe-t-il un remède contre le virus Ébola ?</li> <li>• Pourquoi est-ce que les gens meurent lorsqu'ils sont envoyés dans des CTE ?</li> <li>• D'où proviennent les médicaments que l'on nous donne dans les CTE ?</li> </ul>

<b>Virus Ébola comparé à d'autres maladies/problèmes</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Comment pouvez-vous diagnostiquer un patient atteint du virus Ébola ?</li> <li>• Les symptômes du virus Ébola sont-ils les mêmes que ceux du paludisme ?</li> </ul>
<b>Résultats cliniques inhérents au virus Ébola</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Quel est le nombre de survivants depuis le début de la flambée épidémique ?</li> <li>• Si une mère décède du virus, est-il possible que le bébé ait des chances de survie ?</li> <li>• Les survivants font-ils partis des équipes de sensibilisation ?</li> </ul>
<b>Inhumations</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les membres de la famille sont-ils autorisés à participer à l'inhumation d'un proche ?</li> <li>• Comment savez-vous que la personne qui se trouve dans le sac est réellement décédée en ne la voyant pas ? Comment traitez-vous le corps de la victime avant de l'inhumer ?</li> <li>• Les organes des victimes sont-ils retirés avant de placer la personne dans le sac et de l'inhumer ?</li> <li>• Pourquoi ne montrez-vous pas le corps d'une personne décédée du virus Ébola à sa famille ?</li> <li>• Pourquoi la police est-elle présente lors des inhumations ?</li> </ul>

## Suggestions communautaires

Les suggestions formulées par les communautés lors des sessions de réponses sont également recueillies par la FICR (avec l'assistance des CDC), Oxfam et l'UNICEF. Le tableau ci-dessous présente les thèmes provenant des cinq suggestions les plus fréquemment formulées parmi les réponses communautaires recueillies pas les bénévoles de la Croix-Rouge en août, septembre et octobre (le thème classé en 1<sup>ère</sup> position représentant le thème le plus fréquemment abordé). Au cours de la période comprise entre le 12 août et le 21 octobre, 5773 suggestions ont été identifiées parmi les données. Tel qu'il est présenté ci-dessous, la suggestion la plus fréquemment mentionnée impliquait le développement ou la modification du programme de vaccination.

Thèmes des suggestions identifiés parmi les réponses communautaires recueillis par les bénévoles de la Croix-Rouge dans la province du Nord-Kivu en 2018

	août	septembre	octobre
	174 ripostes	330 ripostes	1386 ripostes
	Beni, Mabalako	Beni, Butembo, Mabalako	Beni, Butembo, Bunia, Mabalako
<b>1ère position</b>	Développer ou modifier le programme de vaccination	Développer ou modifier le programme de vaccination	Développer ou modifier le programme de vaccination
<b>2e position</b>	Autre <sup>1</sup>	Autre <sup>2</sup>	Autre <sup>4</sup>
<b>3e position</b>	Promouvoir la santé communautaire	Promouvoir la santé communautaire <sup>3</sup>	Promouvoir la santé communautaire <sup>5</sup>
<b>4e position</b>	Améliorer les services de santé	Encourager le lavage des mains / fournir des stations de lavage des mains	Encourager le lavage des mains / fournir des stations de lavage des mains
<b>5e position</b>	Encourager le lavage des mains / fournir des stations de lavage des mains	Améliorer les inhumations (notamment permettre aux membres de la famille de participer)	Améliorer les services de santé

<sup>1</sup> Plusieurs suggestions ont été formulées, entre autres, bloquer les routes, détruire les logements/latrines, examiner les animaux, résoudre les problèmes liés au transport, mettre fin à la guerre, fournir des produits désinfectants / des vêtements de protection, et prier.

<sup>2</sup> Plusieurs suggestions ont été formulées, entre autres, mettre un terme à la guerre/résoudre les problèmes liés à la sécurité, prier, résoudre les problèmes liés au transport, et fournir des produits désinfectants.

<sup>3</sup> La plupart des suggestions appartenaient à trois domaines : former ou impliquer davantage certains individus dans la riposte, promotion de la santé communautaire, et distribution de supports pédagogiques.

<sup>4</sup> La plupart des suggestions appartenaient à trois domaines : promotion de la santé communautaire, former ou impliquer davantage certains individus dans la riposte, et distribution de supports pédagogiques.

<sup>5</sup> Plusieurs suggestions ont été formulées, mais la majorité étaient concentrées sur le fait de mettre fin à la guerre/résoudre les problèmes liés à la sécurité, fournir des produits désinfectants, et prier.

Le tableau suivant indique une sélection des suggestions les plus fréquemment formulées, telle que documentée dans les réponses communautaires, regroupées par thème principal (non par ordre de fréquence). Une suggestion clé inhérente à la riposte globale est « *il est nécessaire d'assurer le suivi des informations fournies par les communautés* ».

Suggestions formulées parmi les réponses communautaires recueillis par la FICR, l'UNICEF et Oxfam, dans la province du Nord-Kivu en 2018

<b>Vaccins</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Donner le vaccin à tout le monde sans discrimination.</li> <li>• Expliquer pourquoi certaines personnes sont vaccinées et pas d'autres. Impliquer les membres des équipes de vaccination dans les forums communautaires. Ils doivent clairement établir qui est éligible à la vaccination, qui ne l'est pas et pourquoi.</li> <li>• Collaborer davantage avec les individus et/ou personnalités respectés au niveau local, ainsi qu'avec leurs proches, et les vacciner publiquement.</li> <li>• Il doit être établi que les vaccinateurs doivent toujours suivre les protocoles et respecter les critères d'éligibilité, et vacciner les individus dont le nom est indiqué sur la liste élaborée par la commission de surveillance.</li> <li>• Les équipes de vaccination doivent être polies et faire preuve de compassion.</li> <li>• Les femmes souhaiteraient faire un test de grossesse avant d'être vaccinées.</li> <li>• Les femmes enceintes et allaitantes souhaiteraient avoir la possibilité de se faire vacciner.</li> </ul>
<b>Procédures de riposte</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fournir des détails supplémentaires sur la riposte globale.</li> <li>• Sensibiliser la population aux ambulances et avertir les communautés de la venue d'une ambulance avant qu'elle n'arrive dans un village.</li> <li>• Identifier les membres « réfractaires » de la population et amorcer un dialogue avec eux.</li> <li>• Évaluer la situation en termes de sécurité dans un dialogue avec des membres de la communauté.</li> <li>• Augmenter la visibilité des dirigeants locaux et des professionnels de la santé dans la riposte.</li> <li>• Communiquer l'importance de la surveillance au niveau communautaire. Expliquer les avantages d'une recherche et d'une transmission de contact rapides. Mieux expliquer la procédure de recherche de contact et la manière dont les listes doivent être établies.</li> <li>• Limiter le nombre de véhicules de l'équipe de surveillance entrant dans une communauté, et se garer loin d'un logement infecté afin de préserver la confidentialité. Expliquer aux équipes de riposte les comportements qu'elles doivent adopter : confidentialité, attitude non verbale, être humain, garder ses distances, discrétion.</li> <li>• Utiliser des images et fournir des supports internes pour les activités de promotion de la santé, dans la langue locale de la population.</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>Renforcer la participation de <i>Peuples autochtones</i> (minorités ethniques) dans les activités de riposte, notamment concernant les enterrements sécurisées et dignes (ESD) au sein de leurs communautés.</li> <li>Arriver pour 'décontaminer' en moins de 24 heures. Informer les familles du protocole et des actions à entreprendre pour se protéger. Présenter ses excuses pour et expliquer tout retard.</li> <li>Informar les familles de tout retard prévisible dans la restitution d'effet incinéré. Restituer les effets le jour même pour aider les familles.</li> <li>Distribuer du savon, du chlore et des seaux. Installer des stations de lavage des mains supplémentaires.</li> </ul>
<b>Diagnostic et traitement</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Suivre les rituels d'accueil spécifiques à la communauté et autres pratiques locales conformément aux conseils formulés par les contacts locaux.</li> <li>Organiser des visites des CTE pour surmonter les craintes. Fournir de l'argent pour le transport afin que les membres de la famille ou les groupes communautaires spécifiques qui souhaitent se rendre dans les CTE soient en mesure de le faire pour rendre visite à leurs proches.</li> <li>Réduire le délai d'attente avant d'entrer à l'intérieur du CTE. Veuillez améliorer la manière dont les populations sont reçues et admises afin d'atténuer le sentiment d'abandon, expliquer les motifs des retards, créer des espaces propices au dialogue pour aider les gens à patienter, s'excuser pour les retards, donner de l'eau aux visiteurs, s'assurer que les repas sont servis aux patients à l'heure.</li> <li>Établir des heures de visite réservées aux familles le matin et l'après-midi. Contacter régulièrement les familles des patients pour leur donner des nouvelles et leur rappeler qu'elles peuvent venir leur rendre visite.</li> <li>Intégrer des guérisseurs traditionnels connus au sein des CTE afin de s'assurer de la confiance de la communauté.</li> <li>Maintenir les numéros d'urgence (0999099405/0820800001) joignables 24 heures sur 24, même la nuit.</li> </ul>
<b>Virus Ébola comparé à d'autres maladies/problèmes</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mettre les résultats cliniques inhérents au virus Ébola à disposition plus rapidement. L'équipe de riposte doit former les autres techniciens de laboratoire à réaliser les tests d'Ébola au niveau local.</li> <li>Renforcer le personnel pour fournir des contrôles aux points de passage mais assurez-vous de les séparer des points établis par le gouvernement (dans la mesure où cela constitue souvent une source de retards et de problèmes pour les voyageurs).</li> <li>Interdire et punir toute extorsion d'argent pour taxer le lavage des mains, et sensibiliser ceux qui ne respectent pas les règles inhérentes au lavage des mains.</li> </ul>
<b>Résultats cliniques inhérents au virus Ébola</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Faire participer des survivants à des réunions communautaires</li> </ul>
<b>Inhumations</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Revoir le protocole inhérent aux inhumations sécurisées avec la communauté. Créer des espaces propices au dialogue pour convenir de procédures opérationnelles et de critères de qualité. Par exemple, utiliser de l'eau qui « purifie » en vaporisant le corps avec de l'eau chlorée à une certaine distance ou avec un arrosoir, offrir aux familles la possibilité de préparer les vêtements de leur proche décédé, séparer les cas positifs et négatifs dans deux morgues différentes.</li> <li>Expliquer chaque étape de l'intervention des équipes chargées des inhumations à la communauté élargie. Faire participer les membres de la famille aux pratiques d'inhumation et sensibiliser les membres de la communauté aux protocoles de ESD, y compris en montrant les sacs mortuaires.</li> <li>Les intervenants doivent prendre le temps de présenter les différents éléments des équipements de protection individuelle (EPI) aux familles. Donner aux populations l'opportunité de toucher des EPI propres et sécurisés.</li> <li>Fournir un financement supplémentaire aux équipes de la Croix-Rouge chargées des inhumations pour qu'elles soient en mesure de récupérer les corps plus rapidement et de dispenser des soins plus dignes. En cas de retards, informer la famille des raisons du retard et présenter ses excuses pour les retards.</li> <li>Soyez patient dans les dialogues communautaires afin de promouvoir l'acceptation et le deuil. En cas de réticence, redoublez de dialogue, de patience et de compassion. Les intervenants ne doivent pas s'énerver [contre les communautés]. Prenez le temps nécessaire pour dialoguer avec les familles et les communautés.</li> <li>Lors des discussions avec les communautés, faites participer des membres du personnel religieux. Donnez la parole aux familles influentes qui ont déjà vécu des ESD et aux chefs religieux qui accompagnent les ESD.</li> <li>Prenez une photographie du corps et donnez-la à la famille avant de placer le corps dans le sac mortuaire.</li> <li>Les femmes doivent être impliquées dans les pratiques d'hygiène et de prévention des infections, dans la décontamination des locaux, dans le déshabillage et l'habillage du défunt, mais ne doit pas porter le corps.</li> </ul>

## Principales conclusions

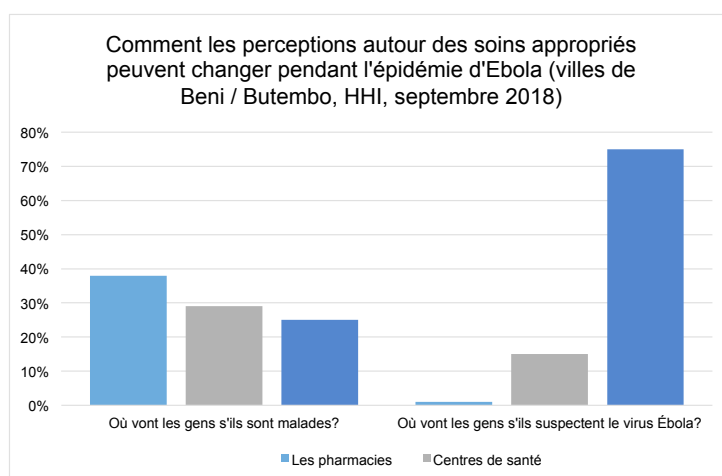
- Sensibilisation au virus Ébola** : Depuis le début de la flambée épidémique, les communautés affectées par Ébola ont développé une prise de conscience et des connaissances de base concernant le virus (risques, prévention, signes et symptômes, transmission). Dans les enquêtes quantitatives Connaissances, Attitudes, Pratiques (CAP) [CAP-1 (août) et CAP-2 (septembre)] réalisées par l'UNICEF, la proportion de l'ensemble des personnes interrogées à Beni et Mabalako qui avaient été informées au sujet du virus Ébola a augmenté de 76 % à 98 %. La majorité des personnes interrogées dans le cadre de ces deux enquêtes réalisées par l'UNICEF et de l'enquête de Harvard Humanitarian Initiative (HHI) (septembre) ont considéré que la menace imposée par le virus Ébola était « sérieuse » voire « très sérieuse ».
- Connaissance du virus Ébola** : Les enquêtes CAP-1 et CAP-2 réalisées par l'UNICEF ont suggéré que la connaissance des symptômes principaux s'était considérablement renforcée entre le mois d'août et le mois de septembre (le pourcentage des personnes interrogées à Beni et Mabalako qui ont été en mesure de nommer correctement deux symptômes du virus Ébola ou plus a augmenté de 47 % à 95 %). Cette amélioration des connaissances a été confirmée dans l'enquête HHI (septembre), bien qu'une variabilité géographique ait été remarquée (avec la ville de Beni indiquant des niveaux de connaissance plus élevés comparativement à Butembo). Les réponses communautaires reçues entre la mi-août et le mois de novembre dans les régions de Beni, Mabalako, Butembo et Bunia ont suggéré que tandis que les connaissances de base concernant le virus s'étaient renforcées, la compréhension détaillée inhérente à la manière de prévenir et de répondre, et la raison pour laquelle certains comportements devaient être adoptés, demeuraient faibles (FICR et Oxfam). Ceci a également été reflété dans l'enquête HHI (septembre) dans le cadre de laquelle la moitié (49 %) des personnes interrogées dans les villes de Beni et Butembo ont évalué leur connaissance des symptômes et du mode de transmission comme « mauvaise » ou « très mauvaise », et 43 % ont évalué leur connaissance comme étant « moyenne ». Les données fournies par les enquêtes CAP de l'UNICEF ont suggéré que certains quartiers et sous-groupes de population différents (agriculteurs, chômeurs, jeunes (18-25 ans), personnes âgées de plus de 46 ans et femmes) présentaient moins de connaissances globales concernant Ébola et les données qualitatives de l'UNICEF collectées dans la ville de Beni au mois d'octobre ont mis en évidence le fait que les populations étaient incertaines des symptômes car le virus Ébola ne se présentait pas comme on leur avait expliqué, « *il n'y a pas de sang* ». Les données relatives

aux réponses communautaires (FICR : août/octobre/novembre, Beni et Bunia ; Oxfam : octobre, Beni) ont également indiqué que les membres de la communauté demeuraient incertains concernant les différences entre le virus Ébola et d'autres maladies communes présentant des symptômes similaires (y compris le paludisme, les maladies diarrhéiques et la fièvre typhoïde). L'enquête HHI (septembre) a suggéré que seule une petite proportion de la population savait que le virus Ébola pouvait être sexuellement transmissible, bien que dans le cadre des réponses communautaires (FICR : octobre/novembre, Mabalako ; Oxfam : septembre/octobre, Beni), des questions avaient été soulevées au sujet de questions relatives à la transmission sexuelle et au risque de transmission du virus Ébola par les mères par l'intermédiaire des pratiques d'allaitement. Les données inhérentes aux réponses communautaires de la FICR pour la période comprise entre la fin août et la mi-septembre à Beni, Mabalako et Butembo ont indiqué une baisse marquée du nombre d'occasions auxquelles la sorcellerie ou les envoûtements ont été mentionnés en tant que cause du virus Ébola, une constatation corroborée par les données quantitatives, mais il a été rapporté que les comprimés « anti-Ébola » et les amulettes censées protéger contre le virus Ébola étaient actuellement vendues sur les marchés.

- Comportements en matière de prévention** : Malgré l'amélioration des connaissances de base, 45 % des personnes interrogées dans le cadre de l'enquête HHI (septembre) ont suggéré qu'elles ne savaient toujours pas comment se protéger elles-mêmes ou protéger leur famille. Les données relatives aux réponses communautaires (Oxfam : octobre, Beni) ont indiqué que tandis que tous avaient signalé avoir entendu des messages selon lesquels le lavage des mains pouvait prévenir l'apparition du virus Ébola, très peu comprenaient pourquoi. Comme l'a déclaré un dirigeant communautaire dans la ville de Beni, « *Les populations disposent des informations concernant le virus Ébola mais elles ne les comprennent pas* » (Données Oxfam, septembre-octobre). Presque toutes les personnes interrogées (~90 %) dans le cadre des quatre enquêtes CAP réalisées par l'UNICEF (entre août et octobre) ont convenu du fait qu'elles avaient changé certains aspects de leur comportement après avoir reçu des informations concernant le virus Ébola, mais l'on a constaté une variabilité marquée dans la fréquence des changements de comportements selon différentes régions et parmi différents groupes de population, avec des changements de comportements moindres signalés parmi les agriculteurs et les chômeurs et au sein de certains groupes religieux à Butembo. Les changements de comportements auto-déclarés signalés dans l'enquête HHI (septembre) ont indiqué des niveaux plus élevés de changements de comportements dans les villes de Beni et de Butembo. L'enquête CAP-4 de l'UNICEF réalisée dans la région de Butembo (octobre), indiquait que les changements de comportements incluaient les éléments suivants : éviter tout contact direct avec une personne atteinte de la maladie (66 %), un lavage des mains fréquent (57 %), ne pas toucher la personne malade sans protection (48 %), ne pas serrer la main (43 %), ne pas toucher une personne décédée du virus Ébola (34 %), ne pas toucher/manger d'animaux morts trouvés dans la forêt (36 %), et ne pas toucher les objets appartenant à une personne malade (32 %). D'après l'analyse HHI (septembre), les niveaux de connaissances et d'informations plus élevés concernant le virus Ébola sont associés à la probabilité accrue de changements de comportements. Toutefois, la mesure selon laquelle les changements de comportements signalés reflètent les pratiques réelles demeure incertaine. En outre, certains individus ont indiqué avoir été dans l'incapacité d'adopter les actions préventives préconisées. Dans les données inhérentes aux réponses communautaires de la FICR recueillies à Mabalako en octobre-novembre, par exemple, les *peuples autochtones* (populations issues de groupes de minorités ethniques) ont suggéré qu'ils n'avaient pas été en mesure de suivre les pratiques d'hygiène qu'ils connaissaient en raison d'un « *manque d'accès à du savon et à des stations de lavage des mains* ».

- Recours aux services de santé lors d'une flambée épidémique d'Ébola** :

De manière générale, les populations de la province du Nord-Kivu auront recours à différents moyens d'action afin de trouver un remède, et auront recours à différents types de soins, de manière consécutive ou en parallèle (y compris la biomédecine – les pharmacies, les centres médicaux et les hôpitaux – l'automédication et les pratiques de guérison locales). L'enquête HHI (septembre) a suggéré que le virus Ébola contribuait à altérer les comportements en termes de recours aux services de santé dans les centres urbains sondés, en particulier s'ils soupçonnent qu'eux-mêmes ou qu'un des membres de leur famille est atteint du virus Ébola. Tandis que 38 % des personnes interrogées ont indiqué qu'elles avaient généralement recours aux pharmacies, seulement 1 % d'entre elles ont indiqué qu'elles le feraient si elles soupçonnaient être atteintes du virus Ébola (une baisse de 46 % à 2 % à Butembo et de 17 % à 0 % à Beni). Inversement, tandis que 29 % des personnes interrogées auraient généralement recours à un hôpital, 75 % d'entre elles ont indiqué qu'elles le feraient si elles soupçonnaient être atteintes du virus Ébola (une hausse de 31 % à 84 % à Butembo, et de 24 % à 47 % à Beni). Les données qualitatives recueillies par l'UNICEF dans la ville de Beni au mois d'octobre ont suivi le parcours de soins associés à des enfants malades. Les résultats préliminaires ont suggéré que les aidants ne présentaient les enfants dans des centres médicaux traditionnels qu'à un stade (très) avancé et après avoir d'abord dispensé des soins à domicile et avoir eu recours aux services de pharmacies, de guérisseurs traditionnels et de centres médicaux privés. Cette étude rapide a également souligné le fait que les populations étaient réticentes de se faire soigner pour des symptômes qu'elles attribuaient à d'autres maladies que le virus Ébola. Les réponses communautaires (FICR : août, Beni ; Oxfam : septembre, Beni) ont mis en évidence le fait que certains membres de la communauté percevaient qu'une importance excessive était accordée au virus Ébola qui détournait l'attention d'autres besoins pressants en matière de santé et contribuait à mobiliser les ressources déjà limitées. (Au moment de la rédaction de cette note stratégique, des enquêtes supplémentaires inhérentes aux parcours de soins sont en cours de réalisation). Dans les réponses recueillies aux mois d'octobre et de novembre dans les régions de Beni, Mabalako, Butembo et Bunia, certains membres de la communauté souhaitaient obtenir des informations supplémentaires quant à la manière de prendre soin des membres de leur famille au cas où ils ne seraient pas en mesure de se rendre dans une Unité de Traitement d'Ébola.



- Engagement avec les établissements de santé publics** : Toutes les enquêtes ont indiqué que les membres de la communauté avaient une perception généralement positive de, ainsi qu'un niveau de confiance élevé dans, les professionnels de la santé. L'enquête HHI (septembre) a révélé que 76 % des personnes interrogées dans les villes de Beni et Butembo convenaient de la déclaration selon laquelle le personnel médical tentait d'empêcher la propagation du virus Ébola. Toutefois, malgré cela, des

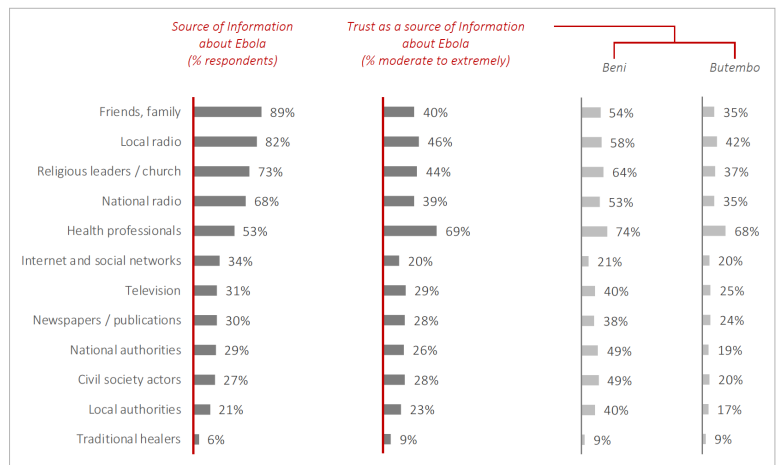
préoccupations constantes ont encore été exprimées dans les données inhérentes aux réponses communautaires. Les réponses communautaires réalisés à Beni au mois d'octobre (FICR) ont révélé que les populations avaient souligné leur appréhension quant au fait de se rendre dans des centres médicaux, au risque d'être diagnostiqué du virus Ebola (« *une fois qu'on fait partie des cas soupçonnés d'Ébola, on ne quitte pas le CTE en vie* »), ainsi que des inquiétudes au sujet de la qualité des soins. Dans certains cas, ces perceptions ont influencé les populations à opter pour l'automédication ou les soins à domicile (tel qu'indiqué ci-dessus). Dans le cadre de la riposte, des soins médicaux gratuits sont dispensés au sein de tous les établissements publics, mais les membres de la communauté ont souvent associé les soins gratuits à la mauvaise qualité des soins et à la fourniture de médicaments périmés. Les perceptions selon lesquelles les membres du personnel de santé étaient payés pour envoyer les patients dans les centres de traitement d'Ébola ont également contribué à accroître les craintes de diagnostic erroné (au moment de la rédaction de cette note stratégique, l'UNICEF réalise actuellement une étude qualitative rapide dans la ville de Beni sur l'éventuel impact du financement basé sur la performance du recours aux soins médicaux au sein des établissements de santé publics). Dans les réponses communautaires (Oxfam : septembre, Beni) certains individus ont exprimé des préoccupations selon lesquelles certains établissements allaient fermer, ce qui contribuerait à limiter davantage leur accès aux services de santé, bien que le contrôle de la prévention de l'infection demeure également une préoccupation parmi les membres de la communauté, notamment si les « *personnes [patients] atteintes du virus Ébola sont mélangées avec d'autres* » (FICR : août, Beni). Par conséquent, les membres de la communauté ont constamment sollicité des tests de laboratoire plus rapides pour confirmer un diagnostic ou un décès (FICR : août/septembre/octobre, Beni, Bunia, Mabalako ; Oxfam : octobre, Beni).

- **Engagement avec les établissements de santé privés et les guérisseurs traditionnels :** Les réponses communautaires (Oxfam : septembre/octobre, Beni) ont révélé que des rapports indiquaient que le prix des médicaments obtenus auprès d'établissements privés était en hausse, et tandis que certains membres de la communauté ont exprimé des réserves au sujet des prestataires privés (associées avec leurs motivations financières et leurs perceptions de la mauvaise qualité des soins et du faible contrôle de prévention des infections), d'autres ont considéré que les établissements privés fournissaient des soins de qualité plus élevée que les établissements de santé publics. Un défi permanent pour la surveillance mis en évidence dans le rapport Oxfam des réponses communautaires dans la ville de Beni (octobre) était que les membres de la communauté avaient souvent recours à un traitement dans des établissements privés éloignés de leur voisinage immédiat et que certains fournissaient de fausses identités. Dans les réponses communautaires de septembre-octobre de la ville de Beni rapportés par Oxfam, les Chefs d'avenue de Kasangatua et Butsiili (Ville de Beni / Ndingi) ont suggéré que les soins médicaux étaient « relégués à la clandestinité » et que les populations avaient recours à des guérisseurs traditionnels, aussi bien auprès de cliniques privées traditionnelles modernes (qui associent des pratiques biomédicales et traditionnelles) qu'à domicile. Les ensembles de données ne spécifient pas différents types d'établissements de santé privés ou différents types de guérisseur traditionnel, et l'on ignore si le recours aux soins auprès de cliniques traditionnelles modernes peut être séparé d'autres types de prestataires de service.
- **Connaissance du traitement et du remède contre le virus Ébola :** Au mois de septembre, l'enquête HHI concluait que 67 % des personnes interrogées dans les villes de Beni et Butembo connaissaient l'existence d'un traitement contre le virus Ébola. Parmi ceux qui le savaient, 82 % des personnes interrogées ont convenu du fait que le traitement pouvait être obtenu auprès d'hôpitaux, et 31 % auprès de centres médicaux. L'enquête CAP-1 réalisée par l'UNICEF à Beni et Mabalako au mois d'août a révélé que seulement 37 % des personnes interrogées convenaient du fait que le virus Ébola pouvait être traité et complètement guéri. Dans l'enquête CAP-2 réalisée par l'UNICEF au mois de septembre à Beni et Mabalako, ceci avait augmenté à 71 % et dans l'enquête CAP-4 réalisée par l'UNICEF à Butembo au mois d'octobre, 78 % des personnes interrogées convenaient du fait que le virus Ébola pouvait être traité et complètement guéri. L'enquête CAP-4 de l'UNICEF a révélé que les individus présentant des niveaux d'éducation plus élevés, les hommes, les agents sanitaires et les enseignants étaient davantage susceptibles de convenir du fait que le virus Ébola pouvait être traité et guéri. Il y avait également des variations marquées par zone géographique. Dans neuf des 36 villages sondés à Butembo au mois d'octobre (CAP-4), moins de 50 % des personnes interrogées ont estimé que le virus Ébola pouvait être traité ou guéri). Les réponses communautaires recueillis entre le mois d'août et le mois de novembre dans les régions de Beni, Mabalako, Butembo et Bunia, ont révélé que les membres de la communauté continuaient de poser des questions au sujet de l'existence d'un ou plusieurs traitement(s) et de leur efficacité et disponibilité (FICR et Oxfam).
- **Connaissance du vaccin contre le virus Ébola :** Ces membres communautaires étaient généralement en faveur de vaccins pour prévenir la maladie, avaient entendu parler du vaccin contre le virus Ébola et y étaient largement réceptifs, tels étaient les points de convergence parmi les ensembles de données. Entre l'enquête CAP-1 (août) et l'enquête CAP-2 (septembre) de l'UNICEF, un nombre accru de personnes interrogées à Beni and Mabalako ont indiqué qu'elles avaient entendu parler du vaccin (de 23 % à 91 %). D'après l'enquête CAP-4 de l'UNICEF, 96 % des personnes interrogées à Butembo à la fin du mois d'octobre avaient entendu parler du vaccin (bien que ce pourcentage soit considérablement plus faible dans deux quartiers, 50 % à Kyahali et 40 % à Mitoya). L'enquête HHI (septembre) a indiqué que 100 % des personnes interrogées dans les villes de Beni et Butembo étaient au courant du vaccin (comparativement aux 67 % qui connaissaient l'existence d'un traitement contre le virus Ébola) mais que seulement 66 % des personnes interrogées étaient d'accord avec la déclaration selon laquelle l'on « *pense que le vaccin contre le virus Ébola fonctionne* », et seulement 63 % ont indiqué qu'ils en auraient convenu s'il était mis à leur disposition. Parmi les 37 % qui auraient refusé le vaccin, 71 % d'entre eux ont indiqué qu'ils pensaient qu'il était « dangereux » et 23 % ont indiqué que leur perception selon laquelle le vaccin ne fonctionnait pas (comparativement à 12 % du total des personnes interrogées dans le cadre de l'enquête qui estimaient, de manière générale, que les vaccins étaient dangereux, et 9 %, que les vaccins ne fonctionnaient pas). Ces perceptions pourraient avoir évolué au moment de la rédaction de cette note stratégique en raison du nombre important de vaccinations qui ont été réalisées (32 839 au 23 novembre). Néanmoins, les données des réponses recueillis entre le mois d'août et le mois de novembre indiquent que les membres de la communauté expriment toujours une confusion importante concernant les critères d'inclusion / d'exclusion inhérents à la vaccination (la stratégie de la vaccination en anneau étant différente des campagnes d'immunisation précédentes dirigées à l'ensemble de la population ou réalisées dans les écoles) et continuent de poser des questions au sujet de son efficacité et des effets secondaires : « *Pourquoi le virus continue-t-il à se propager malgré le vaccin ?* » ; « *pourquoi certains sont-ils vaccinés et d'autres pas ?* ». Les données qualitatives de l'UNICEF recueillies auprès de femmes enceintes et allaitantes dans la ville de Beni au mois d'octobre ont mis en évidence l'inquiétude selon laquelle les enfants (qu'elles considéraient comme présentant un risque élevé parce qu'ils « *jouent dans des maisons décontaminées* » et « *dorment dans le même lit que leurs mères* ») n'étaient pas régulièrement vaccinés. De manière similaire, les femmes enceintes et allaitantes elles-mêmes ont clairement exprimé qu'elles voulaient choisir de se faire vacciner ou non, « *maintenant, il n'y a plus le choix, on nous envoie simplement à la mort* », « *on nous a dit d'accepter [le vaccin] et maintenant on le fait, mais maintenant, on ne nous le donne plus pour nous sauver* ». Les participants à cette étude ont également discuté de la perception selon laquelle le personnel de santé disposait d'un vaccin différent, plus puissant que celui qui était donné au grand

public. La suggestion la plus fréquemment exprimée dans le cadre des réponses communautaires recueillis à Beni, Mabalako, Butembo et Bunia entre le mois d'août et le mois de novembre était d'étendre (ou de modifier) le programme de vaccination, « *revoyez vos procédures de vaccination* » (voir ci-dessous). Les réponses de la période octobre-novembre ont révélé que les membres de la communauté avaient suggéré que ceux qui vaccinaient étaient influencés par du favoritisme ou du népotisme (« *le vaccin est sélectionné selon la classe sociale* », « *parce qu'on connaît l'équipe de vaccination* »), et les membres de la communauté interrogés à Beni ont suggéré que la riposte devait « rendre le processus de vaccination plus démocratique ».

- **Perceptions des Centres de Traitement d'Ébola** : L'enquête CAP-2 de l'UNICEF (septembre) a révélé que 55 % des personnes interrogées (59 % à Beni, 46 % à Makalako) savaient que les cas d'Ébola devaient être traités dans un CTE, comparativement à 22 % des personnes interrogées dans le cadre de l'enquête CAP-1 (août). Les données issues des réponses indiquaient clairement que les membres de la communauté continuaient d'avoir des questions au sujet des CTE généralement liées aux inquiétudes concernant le diagnostic, le traitement, l'accès familial et l'accès à la nourriture. Les questions relatives aux résultats cliniques ont augmenté en termes de fréquence au fil du temps (données fournies par la FICR et Oxfam, période comprise entre le mois d'août et le mois de novembre, à Beni, Butembo, Mabalako et Bunia) et les membres de la communauté n'ont pas toujours compris pourquoi des décès continuaient de se produire au sein des CTE malgré la mise à disposition d'un traitement. Il est possible que ces questions aient contribué aux perceptions négatives et à perpétuer des informations erronées au sujet des CTE et de la qualité des soins. Bien que des déclarations telles que « *on tue les gens dans les CTE pour augmenter les cas* » ou « *tous ceux qui vont à l'hôpital meurent ou sont accusés d'avoir le virus Ébola* » ainsi que des craintes concernant le sang contaminé et le trafic d'organes soient toujours signalés dans les réponses communautaires des mois d'octobre et de novembre (principalement à Beni), les données n'ont pas clairement exprimé l'ampleur de ces sentiments ou la manière dont ils étaient susceptibles d'avoir affecté les comportements. En réalité, les réponses recueillis par la FICR et Oxfam à Beni, Butembo et Mabalako en octobre et novembre ont révélé que les membres de la communauté avaient demandé que des hôpitaux et centres médicaux soient installés dans leur voisinage pour traiter les patients atteints du virus Ébola, en employant idéalement des médecins et infirmières locaux formés pour dispenser des soins spécialisés (cette question avait initialement été soulevée au mois d'août par les communautés à Beni mais avaient été davantage mises en évidence dans les réponses communautaires issus de la dernière période).
- **Pratiques funéraires** : L'enquête HHI a indiqué que les inhumations traditionnelles à Beni et Butembo (c.-à-d. pas lors d'une flambée épidémique d'Ébola) avaient généralement lieu un ou deux jours après le décès, et que le corps était habituellement inhumé par la famille. Traditionnellement, il y a une implication ou notification extrêmement limitée des autorités médicales, religieuses, ou administratives. Les pratiques communément signalées lors d'une inhumation traditionnelle incluaient l'exposition publique du corps avant l'inhumation (95 %), le contact physique avec le corps (84 %), et le nettoyage du corps (73 %) ; toutes ces pratiques sont habituellement réalisées par la famille proche à domicile. Le corps est souvent transporté dans la maison natale du défunt (indiqué par 64 % des personnes interrogées). Les ensembles de données n'indiquent pas clairement la manière dont ces pratiques funéraires sont susceptibles d'avoir évolué lors de la flambée épidémique d'Ébola et en conséquence de l'introduction des protocoles de enterrements sécurisés et dignes (ESD), bien que l'enquête CAP-2 de l'UNICEF (septembre), révèle que 90 % des personnes interrogées à Beni et Mabalako ont convenu du fait qu'elles ne devaient pas toucher ni laver un corps afin d'empêcher la propagation du virus Ébola (une augmentation comparativement aux 77 % des personnes interrogées dans le cadre de l'enquête CAP-1 réalisée au mois d'août), et en octobre, 76 % des personnes interrogées à Butembo ont convenu du fait qu'elles ne devaient pas toucher ni laver un corps (UNICEF CAP-4). La riposte a connu des variations significatives selon la zone géographique (même si cela était probablement attribuable, du moins en partie, aux variations parmi les activités d'engagement communautaire, le délai de la riposte, l'exposition des communautés à la flambée épidémique, et éventuellement la méthodologie des enquêtes). L'enquête HHI (septembre) a révélé que de nombreux éléments inclus dans le protocole ESD standard ne seraient pas généralement acceptables pour les personnes interrogées dans les villes de Beni et Butembo, et l'enquête CAP-4 de l'UNICEF (octobre) a révélé que seulement 35 % des personnes interrogées dans les communes de Butembo et Katwa estimaient que les ESD pouvaient être exécutées de manière à également respecter les rites coutumiers. Les données issues des réponses communautaires (FICR : août/septembre/octobre/novembre, Beni, Butembo, Mabalako et Bunia ; Oxfam : octobre, Beni) ont suggéré la continuité de la perception répandue selon laquelle les membres de la famille n'étaient pas invités à participer à la procédure d'inhumation, malgré le profond désir et la vive espérance de le faire, et que les compréhensions communautaires concernant les pratiques ESD demeuraient floues (en particulier concernant l'utilisation de sacs mortuaires, les tests de diagnostic et la communication des résultats). Malgré un appel à l'engagement communautaire, il a été révélé dans les réponses recueillis par la Croix-Rouge au mois d'octobre qu'aussi bien les hommes que les femmes trouvaient culturellement inapproprié le fait que les femmes soient associées au port des cercueils. D'après les données qualitatives recueillies par l'UNICEF dans la ville de Beni (octobre), les communautés demeurent préoccupées par le fait que des césariennes post-mortem ne soient pas réalisées (comme c'est la coutume) et que les femmes enceintes décédées soient inhumées avec le fœtus *in utero*. Dans les réponses communautaires recueillis à Bunia aux mois d'octobre et de novembre (FICR) certains individus ont suggéré la nécessité d'une approche plus sensible aux inhumations (« *ça semble brusque* ») tandis que d'autres individus à Butembo ont remarqué que des changements significatifs avaient été réalisés afin de garantir que les inhumations soient plus dignes, (« *merci de respecter mon corps pour que l'inhumation soient digne et sécurisée* »). De la même manière, les données issues des réponses fournis par Oxfam recueillis dans la ville de Beni au mois d'octobre ont suggéré que la confiance au niveau communautaire dans le système de riposte rapide à Kasangatu avait permis aux équipes chargées des inhumations d'opérer sans être confrontées aux difficultés rencontrées ailleurs. Dans les réponses du mois de novembre recueillis à Mabalako, les membres de la communauté ont réitéré l'importance d'avoir une confirmation visuelle des ESD afin de prouver que leur être cher se trouve à l'intérieur du sac mortuaire / cercueil (« *une photo du corps [devrait être] prise à chaque fois pour rassurer la famille quant au fait que la personne a bien été inhumée* », « *ou être en mesure de regarder à l'intérieur du sac mortuaire pour s'assurer que la personne s'y trouve bien* »). Ceci est particulièrement significatif en raison des informations erronées qui circulent selon lesquelles les sacs mortuaires sont remplis de pierres ou de terre « *pour que les parties du corps puissent être retirées des cadavres* ».
- **Sources d'informations** : Parmi les enquêtes CAP de l'UNICEF et l'enquête HHI, les sources d'informations relatives au virus Ébola les plus fréquemment signalées incluaient les amis/proches, la radio locale ou nationale et les chefs religieux ou l'église/la mosquée. L'enquête HHI (septembre) a indiqué que les niveaux de confiance dans les autorités, les chefs religieux et les médias étaient systématiquement plus faibles dans la ville de Butembo comparativement à la ville de Beni. Dans cette enquête, il a été révélé que la source d'informations relatives au virus Ébola la plus fiable était représentée par les professionnels de santé. Malgré ce niveau de confiance élevé, les professionnels de la santé étaient seulement classés en cinquième position en tant que source d'informations (derrière les proches/amis, la radio et les chefs religieux ou les églises/mosquées) suggérant qu'ils étaient susceptibles d'être sous-utilisés par la riposte. L'enquête CAP-3 de l'UNICEF (octobre) a révélé que 94 % des personnes

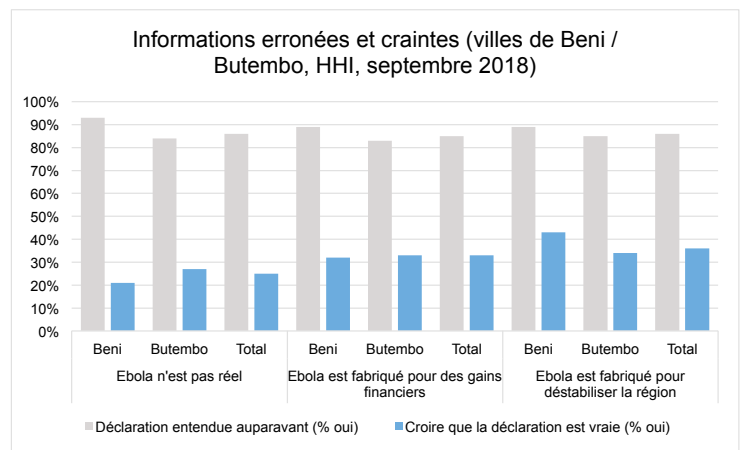
interrogées à Beni avaient entendu la mention du virus Ebola à la radio. Les autres enquêtes CAP de l'UNICEF ont également indiqué qu'au niveau communautaire, les chefs religieux constituaient une source d'informations majeure concernant le virus Ebola, et que les dirigeants locaux et les rassemblements communautaires jouaient un rôle extrêmement important dans certaines communes (Butembo) comparativement à d'autres (Beni / Mabalako) (bien que cette variation soit susceptible de représenter des changements d'implication dans la riposte au fil du temps dans différentes régions). Dans les réponses communautaires recueillis à Bunia au mois de novembre, certains individus ont suggéré que le fait de pouvoir « emmener les documents à la maison » serait très apprécié (« on a besoin de ce document pour le lire à la maison en cas de problèmes et pour bien maîtriser le contenu »). Les femmes enceintes et allaitantes qui ont participé à l'étude qualitative réalisée par l'UNICEF dans la ville de Beni au mois d'octobre ont mis en évidence le manque d'informations spécifiques destinées aux mères quant à la manière de se protéger et de protéger leurs (futurs) enfants. Elles ont remarqué que tandis qu'elles recevaient souvent des informations de la part de dirigeants communautaires et de chefs religieux (à l'église), elles avaient rarement l'opportunité de « réunions en petits comités » dans le cadre desquelles elles seraient en mesure de poser des questions et d'obtenir des réponses par la discussion.



Source: Vinck P et al. (2018) Ebola Rapid Survey: Eastern Democratic Republic of the Congo, 1st survey report. Harvard Humanitarian Initiative.

- Connaissance et perceptions de la riposte et de l'engagement communautaire :** Dans les données inhérentes aux réponses communautaires recueillis par la FICR entre le mois d'août et le mois de novembre à Beni, Mabalako, Bunia, et Butembo, les membres de la communauté ont discuté de la flambée épidémique et de la riposte inhérente au renforcement du système de santé à plus long terme, en soulignant les inégalités persistantes comme, par exemple, le manque d'accès à l'eau (potable), les mauvaises conditions d'hygiène et les faibles structures sanitaires. Les données issues de l'enquête HHI (septembre) ont indiqué qu'une partie des personnes interrogées (36 %) dans les villes de Beni et Butembo manquaient d'informations relatives à la riposte globale contre le virus Ebola. Les réponses communautaires recueillis dans le quartier de Ndindi à Beni au mois d'août (FICR) ont révélé que les participants avaient exprimé une certaine confusion quant à la raison pour laquelle les barrières de sécurité qui avaient été installées lors de la récente flambée épidémique de choléra n'avaient pas été mises en place dans le cadre de la riposte contre le virus Ebola, et dans l'étude qualitative réalisée par l'UNICEF dans la ville de Beni en octobre, les aidants ont demandé pourquoi les écoles demeuraient fermées et pourquoi « aucune assistance n'était fournie aux enfants ». L'enquête HHI a conclu que plus une institution était locale, plus elle était considérée de manière favorable par les personnes interrogées et que, de manière générale, les autorités locales et gouvernementales municipales étaient perçues comme représentant mieux les intérêts des citoyens comparativement au gouvernement provincial et central. Ceci a également été reflété dans les données inhérentes aux réponses communautaires dans lesquelles les populations ont fréquemment demandé « pourquoi ne voyons-nous pas nos concitoyens » ou « nos médecins » faire partie des équipes de riposte (par opposition aux intervenants et personnel médical internationaux ou nationaux (c'est-à-dire de Kinshasa) dans la mesure où cela générerait davantage de confiance dans les interventions. L'on a noté une forte perception exprimée dans les données issues des réponses communautaires recueillies entre le mois de septembre et début novembre à Butembo, Beni et Mabalako (Oxfam et FICR) selon laquelle les structures de leadership locales n'avaient pas été systématiquement intégrées dans la riposte et que la population locale demeurerait trop peu impliquée. Au mois d'octobre, les dirigeants communautaires à Beni ont exprimé une frustration selon laquelle ils étaient uniquement impliqués « lorsque des problèmes surviennent » plutôt que dans le cadre de toutes les actions de riposte (y compris la question de savoir où installer les stations de lavage des mains), tandis que d'autres dirigeants communautaires ont indiqués se sentir surchargés, « Toutes les organisations arrivent et nous inondent. Le suivi des contacts au niveau communautaire requiert beaucoup de travail » (Oxfam). Dans l'enquête HHI (septembre), les personnes interrogées ont convenu du fait que les chefs religieux et les églises avaient joué un rôle significatif dans la riposte, mais seulement 40 % des personnes interrogées dans la ville de Beni et 31 % dans la ville de Butembo ont déclaré que les guérisseurs traditionnels n'avaient apporté aucune contribution (ce qui représentait la contribution la plus faible de tous les groupes d'intervenants). Dans un dialogue de réponse communautaire (organisé par Oxfam à Beni au mois de septembre), un jeune homme a expliqué qu'il avait incité à la violence à l'égard des équipes de riposte car il estimait que des étrangers manipulaient sa communauté (bien que suite à une consultation et une assistance supplémentaires, le jeune se soit engagé à sensibiliser ses pairs au virus Ebola). D'autres dirigeants communautaires et bénévoles qui ont participé à la riposte dans la ville de Beni ont exprimé des inquiétudes au sujet de leur implication en termes de leur propre sécurité et de la nécessité de formation et de consignes supplémentaires (Oxfam, septembre). Des données issues d'une réponse communautaire plus récente (FICR, octobre-novembre) ont mis en évidence la perception selon laquelle un nombre accru de membres de la population locale étaient impliqués dans la riposte, et occupaient des postes rémunérés, mais que cela soulevait à son tour des questions supplémentaires quant à la manière dont, et la raison pour laquelle, certains individus étaient recrutés. L'on a constaté que les inquiétudes associées aux individus recrutés (des « voyous » ou des « personnes éduquées ») étaient de plus en plus fréquentes dans les données, mais les témoignages de réponses positifs ont également été plus fréquents, « merci pour votre aide, ne nous quittez pas sans que tout le monde ait compris la maladie » (FICR : octobre/novembre, Mabalako) « la population apprécie la campagne et souhaiterait qu'elle se poursuive » (FICR : octobre/novembre, Beni).
- Insécurité et Ebola :** Des frustrations inhérentes à l'insécurité accrue dans la province du Nord-Kivu étaient clairement apparentes dans les données issues des réponses communautaires. Certains individus posent la question de savoir pourquoi l'argent destiné au virus Ebola ne peut pas être consacré à l'amélioration de la sécurité à Beni, et d'autres insistent sur le fait que l'on doit accorder la priorité à l'arrêt des massacres avant de contrôler le virus Ebola. Une personne interrogée à Bingo (région de Beni) a conclu, « le refus de se laver les mains est un acte politique parce que personne ne s'occupe des massacres » (données Oxfam, octobre). D'autres membres de la communauté ont posé la question de savoir pourquoi une riposte médicale devait

impliquer la police, les forces armées et l'armée, et certains Chefs d'avenue ont exprimé des inquiétudes quant au fait que l'implication des forces de sécurité était susceptible d'engendrer une montée des tensions (données Oxfam, octobre).



- Informations erronées** : Les données issues de l'enquête HHI (septembre) ont indiqué que 86 % des personnes interrogées dans les villes de Beni et Butembo avaient entendu la déclaration selon laquelle le virus Ébola n'était pas réel, qu'il avait été inventé à des fins lucratives (85 %) et que le virus Ébola avait été inventé pour déstabiliser la région (86 %). Peu de personnes interrogées ont cru que ces déclarations étaient vraies (25 % ont estimé que le virus Ébola n'était pas réel, 33 % que le virus Ébola avait été inventé à des fins lucratives, et 36 % que le virus Ébola avait été inventé pour déstabiliser la région). Les femmes et les individus appartenant au quintile le plus pauvre étaient davantage susceptibles de croire que les déclarations étaient vraies. Les données issues des réponses communautaires ont également fait état de la circulation d'informations erronées à Beni, Butembo, Mabalako et Bunia. La plupart des informations erronées doivent être comprises dans le contexte de la province du Nord-Kivu, des insécurités persistantes et du rapport de force existant en tant que toile de fond de la flambée épidémique et qui façonnent les perceptions des communautés à l'égard de la flambée épidémique et de la riposte. Dans les réponses communautaires recueillis entre le mois d'août et le mois de novembre, des déclarations telles que « *Le virus Ébola s'est installé ici pour remplacer les massacres* », « *Le virus Ébola, c'est de la politique, il n'est pas réel* », « *Ébola n'est pas une maladie, l'état congolais finance les opérations au sein de notre province pour empêcher les élections, pour qu'elles n'aient pas lieu à la fin de l'année* » et « *Lorsque les éducateurs sanitaires demandent les noms des chefs de famille, c'est pour voter pour le président Joseph Kabila sans le savoir* » ont été signalées. Encore une fois l'on ignore dans quel mesure ces sentiments sont répandus ou dominants, ou la manière dont ils sont susceptibles d'affecter les comportements. De manière similaire, les informations erronées concernant les inhumations (par exemple ; l'utilisation de sacs mortuaires pour tuer des gens, le trafic d'organes) continuent de circuler (tel qu'il a été indiqué ci-dessus).
- Déplacements de population** : La mobilité de la population de la province du Nord-Kivu augmente les risques de propagation et de transmission continue du virus Ébola. L'enquête HHI a indiqué que 78 % des personnes interrogées dans les villes de Beni et Butembo se rendaient dans les quartiers avoisinants au moins une fois par semaine en moyenne, et plus de quatre fois par semaine pour 43 % d'entre eux. Les déplacements en dehors du quartier étaient moins courants et plus le trajet était long, plus la fréquence diminuait : 31 % des personnes interrogées ont indiqué se rendre de manière occasionnelle dans les territoires avoisinants, et seule une petite proportion a également indiqué se rendre dans d'autres provinces (6 %) ou de l'autre côté de la frontière (1 %). La fréquence des déplacements était similaire pour les personnes interrogées dans les villes de Beni et Butembo, aussi bien pour les hommes que pour les femmes. Des déplacements plus importants ont été associés aux ressources financières, à un niveau d'éducation plus élevé et à une activité de commerçant ou de fonctionnaire. Les chauffeurs de taxis et transporteurs étaient également davantage susceptibles de se déplacer fréquemment et à parcourir des distances plus importantes. Les déplacements transfrontaliers demeurent importants le long des frontières de la RDC, de l'Ouganda et du Rwanda, avec des relations familiales et commerciales de longue date et en raison des déplacements de populations de réfugiés. Les données issues des réponses recueillis à Bunia fin octobre ont mis en évidence des inquiétudes des populations déplacées concernant les mauvaises conditions d'hygiène de leurs camps qu'elles perçoivent comme étant un facteur de risque de transmission, « *les (populations) déplacées... souhaitent retourner dans leurs villages respectifs afin de mieux se protéger car le site présente une forte concentration et un risque élevé* » (FICR).

## Études incluses

Les données et analyses ont été extraites de neuf études, dont cinq enquêtes quantitatives CAP (compilées par l'UNICEF et la HHI), des données qualitatives rapides collectées par l'UNICEF, 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 entre le 6 août et le 6 novembre 2018 dans plusieurs quartiers de Beni, Mabalako, Butembo (province du Nord-Kivu) et à Bunia (province 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 Ébola en République démocratique du Congo.

Études incluses dans la compilation rapide des données comportementales et inhérentes aux sciences sociales pour la riposte au virus Ébola dans la province du Nord-Kivu :

Organisation	Type d'informations	Date collecte (2018)	Lieu	Données	Observations échantillonnages
UNICEF	Enquête CAP 1	6-8 août	Régions de Beni & Mabalako	n=336 adultes (219 Beni, 115 Mabalako)	Échantillonnage non détaillé dans le rapport
UNICEF	Enquête CAP 2	septembre	Régions de Beni & Mabalako	n=460 (320 Beni, 140 Mabalako)	Données issues de au minimum 25 villages. Échantillonnage non détaillé dans le rapport
UNICEF	Enquête CAP (radio) 3	11-13 octobre	Ville de Beni	n=400	Participants sélectionnés de manière aléatoire à partir de 30 pistes sélectionnées de manière aléatoire.
UNICEF	Enquête CAP 4	21-23 octobre	Région de Butembo	n=475	Données issues de au minimum 36 villages. Échantillonnage non détaillé dans le rapport



UNICEF	Données qualitatives	18-29 octobre	Ville de Beni	Données extraites de groupes de discussion, entretiens	Échantillonnage « boule de neige » ciblé incluant des femmes et des hommes âgés entre 16-50> ans, et des professionnels de la santé issus des communautés affectées par le virus Ebola.
HHI	Enquête CAP	septembre	Villes de Beni & Butembo	N=961 (481 Beni, 480 Butembo)	Adultes sélectionnés de manière aléatoire en utilisant une procédure d'échantillonnage à plusieurs degrés en grappes. 50 % de femmes, 50 % d'hommes. Moyenne d'âge : 34 ans. Les résultats sont représentatifs de chaque ville, avec une marge d'erreur de 5 % à un niveau de confiance de 95 %.
FICR et Croix-Rouge RDC	Réponses communautaires	21 août-15 octobre	Région de Beni	Compilés à partir de 6549 observations	Échantillonnage de commodité.
FICR et Croix-Rouge RDC	Réponses communautaires	24 août – 19 octobre	Région de Mabalako	Compilés à partir de 375 observations	Échantillonnage de commodité.
FICR et Croix-Rouge RDC	Réponses communautaires	3 septembre – 20 octobre	Région de Butembo	Compilés à partir de 187 observations	Échantillonnage de commodité.
FICR et Croix-Rouge RDC	Réponses communautaires	20 octobre – 6 novembre	Régions de Beni, Butembo, Mabalako, & Bunia	Compilés à partir de 4926 observations	Échantillonnage de commodité.
Oxfam	Réponses communautaires	8 septembre – 31 octobre	Ville de Beni, divers quartiers <sup>1</sup>	3 rapports décrivant les comptes-rendus et impressions recueillis lors de rassemblements communautaires, et 2 rapports de situation de réponses communautaires compilés à partir de 92 observations.	Échantillonnage de commodité incluant des dirigeants locaux et des « dialogueurs » communautaires, qui reflète les rassemblements avec différents groupes de population au niveau communautaire.
Oxfam	Rapport	3 octobre	Ville de Beni	Données issues de rassemblements communautaires	Analyse des données issues des réponses communautaires, avec des contributions supplémentaires basées sur des expériences sur le terrain et des analyses recueillies à Beni.

<sup>1</sup> Y compris Ndiidi, Mabolio, Ngoyo, Ngonvolio, Malepe, Bingo, Butsili, Bundji, Bella, Madradele, Mangina, Kasanga Benenguli, Linzo, Mangodoro, Mabalako et Mandima.

## 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 différences identifiées (par exemple, entre les enquêtes de l'UNICEF et HHI), peuvent être en grande partie attribuées aux manières dont les questions sont susceptibles d'avoir été posées, de la période et /ou de la zone géographique. Les études réalisées par l'UNICEF (CAP-1 et CAP-2) pourraient être directement comparées selon les périodes, et ont indiqué un certain nombre de changements positifs dans les indicateurs CAP entre le mois d'août et le mois de septembre au niveau communautaire à Beni et Mabalako. Les détails démographiques inhérents aux personnes interrogées dans le cadre des enquêtes CAP ont indiqué que la plupart des individus étaient des agriculteurs ou des chômeurs, avec un nombre plus faible d'enseignants, de fonctionnaires et d'autres professions. De manière générale, les études comprenaient à peu près le même nombre d'hommes et de femmes, et les personnes interrogées présentaient une éducation de niveau primaire et secondaire.

Les réponses communautaires de la FICR et d'Oxfam ont été basés sur l'identification des tendances générales. 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 plusieurs points extraits de données secondaires (y compris d'autres notes stratégiques de la SSHAP), et incluait des données qualitatives et des rapports de l'UNICEF et d'Oxfam. 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 sensiblement différentes, ce qui a rendu les comparaisons directes difficiles. 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 les difficultés à évaluer le degré de représentativité de certaines des données, l'incertitude inhérente à la manière dont les questions avaient été posées aux participants (par exemple, en tant que questions ouvertes ou fermées), et un manque de clarté quant à l'emplacement géographique est susceptible d'avoir influencé certaines constatations.

## Contacts

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](mailto:julietbedford@anthrologica.com)) et Santiago Ripoll ([s.ripoll@ids.ac.uk](mailto:s.ripoll@ids.ac.uk)). Centres de liaison clés Plateforme : UNICEF ([kchitnis@unicef.org](mailto:kchitnis@unicef.org)); OMS ([bhatiaseviap@who.int](mailto:bhatiaseviap@who.int)); IFRC ([ombretta.baggio@ifrc.org](mailto:ombretta.baggio@ifrc.org)); Commission Communication en RDC ([jdshadid@unicef.org](mailto:jdshadid@unicef.org)); Groupe de recherche des sciences sociales GOARN ([nina.gobat@phc.ox.ac.uk](mailto: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.