

Compilation de données en matière de science sociale et comportementale, (#4), flambée épidémique du virus Ébola, Est de la RDC, juin-août 2019

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

À la date de sa publication (au 6 octobre 2019), 3 205 cas avaient été signalés (3 091 confirmés et 114 probables) parmi lesquels 2 142 personnes étaient décédées.² Le taux de létalité global s'élevait à 67 %, le même que celui enregistré à la mi-juin 2019.^{3,4} La majorité des cas identifiés au cours de la période comprise entre le 16 septembre et le 6 octobre provenaient des zones de santé de Mambasa (30 % ; n=22) et Mandima (23 %, n=17).

Cette compilation de données a été réalisée par Kevin Bardosh (Université de Washington), Theresa Jones et Juliet Bedford (Anthrologica), avec l'assistance de la SSHAP et du Groupe de recherche des sciences sociales GOARN-R. Des contributions ont également été apportées par des collègues de l'UNICEF, de l'OMS, de la FICR, des CDC des États-Unis, de la Harvard Humanitarian Initiative (HHI), d'Oxfam, de Novetta, de FHI 360, de l'organisation Search for Common Ground et du Bethesda Counseling Center.

Retours communautaires : thèmes et questions

Plusieurs organisations, y compris la FICR ainsi que la Société nationale de la Croix-Rouge en RDC, l'UNICEF, l'OMS, Oxfam, FHI-360 et d'autres ONG et des partenaires locaux compilent des retours communautaires et réalisent des recherches opérationnelles dans les provinces du Nord-Kivu et de l'Ituri. D'après les organisations œuvrant sur le terrain, les retours communautaires et les résultats des travaux de recherche sont analysés et discutés au sein des structures de coordination de la lutte contre la flambée épidémique du virus Ébola dirigées par le Ministère de la Santé afin d'ajuster et d'améliorer les mesures d'intervention. Ces structures comprennent le Centre d'opérations d'urgence, plusieurs Commissions (notamment la Commission Communication), ainsi que des groupes de travail sur les retours communautaires basés à Butembo et Katwa.

La FICR (avec l'assistance des CDC) compile et analyse régulièrement les retours communautaires recueillis par la Société nationale de la Croix-Rouge depuis août 2018.⁵ Le tableau suivant présente les cinq thèmes les plus fréquemment identifiés parmi les retours communautaires recueillis par les bénévoles de la Croix-Rouge entre le 1^{er} juin et le 31 août 2019 (le thème classé en 1^{ère} position représentant le thème le plus fréquemment abordé).⁶ Au cours de la période considérée, 27 977 suggestions classées en tant que « rumeurs », « observations » ou « croyances » ont été analysées. Les thèmes liés aux causes du virus Ébola, aux soupçons et au rejet du vaccin, et au fait que le virus Ébola ait été propagé par le gouvernement ou de tiers, ont continué à dominer (semblables aux premiers mois de la flambée épidémique au cours de la période comprise entre août et septembre 2018). Au cours de la période comprise entre février et mai 2019, des thèmes liés à la qualité du système de santé ont également été mis en évidence, et ces thèmes ont continué à prédominer parmi les retours communautaires recueillis entre juin et août 2019.

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

	Juin 5 983 codages Beni, Bunia, Goma, Karisimbi, Komanda, Mabalako, Mandima, Nyiragongo, Oicha	Juillet 11 597 codages Beni, Bunia, Butembo, Goma, Karisimbi, Katwa, Komanda, Mabalako, Mandima, Musienene, Nyiragongo, Oicha, Rwampara	Août 10 397 codages Beni, Butembo, Goma, Karisimbi, Katwa, Komanda, Mabalako, Mambasa, Mandima, Nyiragongo, Oicha, Rwampara
1ère position	Le virus Ébola a été propagé par une intervention du gouvernement ou de tiers	Le virus Ébola a été propagé par une intervention du gouvernement ou de tiers	Le virus Ébola a été propagé par une intervention du gouvernement ou de tiers
2e position	Caractéristiques et conséquences du virus Ébola	Caractéristiques et conséquences du virus Ébola	Caractéristiques et conséquences du virus Ébola
3e position	Le virus Ébola constitue une activité commerciale	Le virus Ébola constitue une activité commerciale	Le virus Ébola constitue une activité commerciale
4e position	Critiques ou observations du système de santé	Critiques ou observations du système de santé	Critiques ou observations du système de santé
5e position	Le virus Ébola n'existe pas	Soupçons et rejet autour du vaccin	Soupçons et rejet autour du vaccin

Des questions formulées par les membres de la communauté ont également été identifiées parmi les retours communautaires. Au cours de la période concernée comprise entre juin et août 2019, 30 128 questions formulées parmi les retours communautaires recueillis par la Croix-Rouge ont été compilées et analysées par la FICR et les CDC. Encore une fois, la catégorie de questions classée en 1^{ère} position représente celle la plus fréquemment abordée.

	Juin 6 933 codages	Juillet 12 241 codages	Août 10 954 codages
	Beni, Bunia, Goma, Karisimbi, Komanda, Mabalako, Mandima, Nyiragongo, Oicha	Beni, Bunia, Butembo, Goma, Karisimbi, Katwa, Komanda, Mabalako, Mandima, Musienene, Nyiragongo, Oicha, Rwampara	Beni, Butembo, Goma, Karisimbi, Katwa, Komanda, Mabalako, Mambasa, Mandima, Nyiragongo, Oicha, Rwampara
1ère position	Virus Ébola et ses conséquences	Virus Ébola et ses conséquences	Virus Ébola et ses conséquences
2e position	Vaccin	Procédures de riposte	Procédures de riposte
3e position	Procédures de riposte	Vaccin	Vaccin
4e position	Diagnostic, traitement, CTE, système de santé	Diagnostic, traitement, CTE, système de santé	Diagnostic, traitement, CTE, système de santé
5e position	Autres questions ⁷	Comportements de protection contre la maladie à virus Ébola	Autres questions ⁸

Les éléments suivants constituent une série de questions posées à plusieurs reprises par les membres de la communauté entre juin et août 2019 tel que l'indiquent les retours communautaires compilés par la Croix-Rouge et énoncés lors des études qualitatives réalisées par la CASS. Les questions sont regroupées par thème principal, et non par ordre de fréquence.

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

Virus Ébola et ses conséquences Vulnérabilité, propagation et mortalité.	Pourquoi le virus Ébola a-t-il perduré aussi longtemps alors que vous aviez affirmé qu'il ne durerait pas trois mois ? Pourquoi la maladie à virus Ébola perdure-t-elle aussi longtemps alors que nous suivons vos conseils ? Le virus Ébola représente-t-il une maladie spécifique ? Veuillez nous fournir tous les vaccins contre le virus Ébola ; si vous refusez de nous [les] fournir, comment est-on censés se protéger ? Pourquoi le virus Ébola est-il présent au sein de ces deux provinces et pas dans les autres ? Pourquoi le virus Ébola est-il de retour ici alors que nous nous lavons les mains ?
Vaccins Questions relatives à la stratégie de vaccination.	Une personne vaccinée peut-elle encore être infectée ? Une personne vaccinée peut-elle encore contracter la maladie à virus Ébola ? Pourquoi a-t-on réalisé une modification majeure sur le vaccin ? Ce vaccin est-il le vrai ? Est-il possible d'administrer le vaccin à ceux qui le refusaient auparavant ? Pourquoi ne voulez-vous pas venir pour nous vacciner le plus vite possible ? Pourquoi les personnes meurent-elles encore alors que vous leur administrez le vaccin pour [les] protéger ? Une personne vaccinée peut-elle être vaccinée une deuxième fois ? Le vaccin n'est-il pas un moyen de nous tuer ? Lorsqu'une personne est vaccinée, ses yeux peuvent-ils se détériorer, ou son corps ?
Procédures de riposte Questions relatives à la coordination, aux cas libres et à la sécurité.	Pourquoi ne voulez-vous pas nous fournir des équipements pour nous protéger ? Pourquoi ne voulez-vous pas répondre à nos demandes de stations de lavage des mains ? Pourquoi ne menez-vous pas de campagnes de sensibilisation quotidiennes ici, dans notre région ? Que devons-nous faire pour mettre un terme à la flambée épidémique ? Vous, les intervenants, combien de temps allez-vous rester ici ? Nous voyons seulement l'équipe de la Croix-Rouge assurer le suivi pour les cas de contact et de visiteurs, pourquoi pas les autres personnes qui collaborent avec la riposte ? Pourquoi les intervenants ne veulent-ils pas placer des barrières autour de la zone de propagation du virus Ébola ?
Diagnostic et prévention Questions relatives aux mesures IPC et à leur fonction.	De nouveaux traitements ont-ils été introduits pour traiter le virus Ébola ? Quel genre de maladie incurable est Ébola ? Dans d'autres régions, il n'y a pas de traitement gratuit alors si une personne a de la fièvre, la laisse-t-on mourir ? Vous emmenez un patient dans votre ambulance, mais après cela les victimes meurent, pourquoi cela ? Est-ce que cela signifie qu'aucun traitement n'existe contre le virus Ébola ?
CTE Questions relatives au diagnostic, au traitement et aux procédures de triage et de sécurité	Pourquoi refusez-vous de déplacer le CTE au sein de la zone de propagation de la maladie ? Pourquoi avez-vous déplacé le CTE de Makeke ? Existe-t-il un traitement efficace contre le virus Ébola au CTE ? Vous nous avez dit que si nous allions au CTE, nous serons guéris, pourquoi y a-t-il encore des décès au CTE ? Pourquoi lorsqu'un enfant ayant contracté la rougeole entre à l'hôpital, nous demande-t-on de l'emmener au CTE ?
Transmission Incohérence dans les messages, questions relatives aux mécanismes.	Si une personne guérit du virus Ébola, peut-elle encore contracter le virus ? Des personnes ayant survécu au virus Ébola peuvent-elles retomber malade ?
Autres questions Questions relatives à la sécurité, autres services sociaux et effets plus larges sur la vie sociale/économique.	Pourquoi les membres du personnel de santé veulent-ils s'enrichir grâce au décès d'autres personnes alors qu'ils connaissent la vérité au sujet du virus Ébola ? Pourquoi nous empêchez-vous de manger de la viande, alors que la viande de souris est un médicament pour les enfants ? Pourquoi ne nous fournissez-vous pas d'eau pendant la saison sèche ? Quelle est la résistance au virus Ébola ? Pourquoi le ministre de la Santé a-t-il démissionné ? Qu'attendez-vous de la communauté par le biais de cette épidémie de maladie à virus Ébola ? Comment pouvons-nous nous protéger du virus Ébola lorsque nous utilisons les transports publics ? Comment pouvez-vous expliquer que la famille d'une victime s'enrichisse après son décès ?

Suggestions communautaires

Des suggestions formulées par les communautés participant à des sessions de discussion ont également été recueillies par la FICR (avec l'assistance des CDC). Le tableau ci-dessous présente les thèmes provenant des suggestions les plus fréquemment formulées parmi les retours communautaires recueillis par les bénévoles de la Croix-Rouge entre juin et août 2019 (le thème classé en 1^{ère} position représentant le thème le plus fréquemment abordé). Un total de 28 776 observations ont été classées en tant que demandes ou suggestions. La suggestion la plus fréquemment mentionnée impliquait le développement ou la modification du programme de

vaccination. C'était également la suggestion la plus fréquemment formulée au cours de la période de référence comprise entre février et mai 2019.

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

	Jun	Juillet	Août
	7 264 codages	10 700 codages	10 812 codages
	Beni, Bunia, Goma, Karisimbi, Komanda, Mabalako, Mandima, Nyiragongo, Oicha	Beni, Bunia, Butembo, Goma, Karisimbi, Katwa, Komanda, Mabalako, Mandima, Musienene, Nyiragongo, Oicha, Rwampara	Beni, Butembo, Goma, Karisimbi, Katwa, Komanda, Mabalako, Mambasa, Mandima, Nyiragongo, Oicha, Rwampara
1ère position	Développer ou modifier le programme de vaccination	Développer ou modifier le programme de vaccination	Encourager le lavage des mains
2e position	Encourager le lavage des mains	Encourager le lavage des mains	Besoin d'autres équipements
3e position	Besoin d'autres équipements	Besoin d'autres équipements	Développer ou modifier le programme de vaccination
4e position	Suggestions inhérentes à la procédure de riposte	Suggestions inhérentes à la procédure de riposte	Suggestions inhérentes à la procédure de riposte
5e position	Améliorer les services de santé	Améliorer les services de santé	Améliorer les services de santé

Le tableau suivant indique une sélection des suggestions les plus fréquemment formulées (regroupées par thème principal, et non par ordre de fréquence) telle que documentée parmi les retours communautaires recueillis par les bénévoles de la Croix-Rouge (avec l'assistance des CDC) entre juin et août 2019. Comme pour la dernière période de référence, les suggestions étaient principalement axées sur le développement du programme de vaccination, le fait d'encourager le lavage des mains, l'amélioration des services de santé et le renforcement des éléments inhérents à la procédure de riposte. Le développement du programme de vaccination représente l'une des principales suggestions que les communautés continuent de formuler et dont la fréquence a augmenté depuis la période de référence comprise entre février et mai 2019 ; c'était la suggestion la plus fréquemment formulée en juin et juillet 2019. Le besoin d'autres équipements, dont des demandes de gants, bottes, chlore et autres équipements de protection, ont également constitué un thème dominant. Il convient également de noter que moins d'observations (questions et suggestions) ont été formulées concernant les inhumations parmi les retours communautaires recueillis par la FICR au cours de cette période, prolongeant la tendance à la baisse parmi les données depuis fin 2018. La fermeture du CTE de Makeke au sein de la zone de santé de Mandima a donné lieu à de nombreuses questions. Des suggestions communautaires ont également été recueillies par FHI-360, principalement en ce qui concerne les enterrements sécurisés et dignes, au sein des zones de santé de Musienene, Vuhovi, Butembo et Katwa : Un élément constant parmi les retours était la demande de collaboration avec les dirigeants de la communauté locale qui sont susceptibles de travailler avec des jeunes au sein des communautés (qui, dans le cas contraire, sont susceptibles de s'opposer aux activités de riposte).

Suggestions formulées par les membres de la communauté, recueillies par les bénévoles de la Croix-Rouge et au cours d'études qualitatives menées par la CASS, dans les provinces du Nord-Kivu et de l'Ituri

Développer ou modifier le programme de vaccination	Fournissez-nous le vaccin pour que nous ne soyons pas infectés ; nous n'avons pas besoin de perdre nos vies et nos familles. Pourquoi cette maladie est-elle toujours présente, est-ce parce que vous vaccinez uniquement certaines personnes ? Protégez-nous contre la maladie à virus Ébola ; s'il vous plaît, fournissez-nous le vaccin, nous en avons besoin. Poursuivez vos recherches pour identifier des produits susceptibles d'éradiquer le virus Ébola ; si c'est le vaccin qui permettra d'éradiquer le virus, fournissez-nous ce vaccin. Nous savons que le vaccin est efficace, mais nous avons peur des soldats qui vous escortent. De nombreuses personnes réclament le vaccin ; vous devez fournir le vaccin à tous les foyers, au même titre que les autres vaccins dont nous disposons. Nous vous demandons de nous fournir le vaccin qui ne nous tuera pas, qu'il s'agisse de celui qui nous protégera contre la maladie à virus Ébola.
Encourager le lavage des mains Demandes de stations de lavage des mains et d'approvisionnement en eau.	Installez des stations de lavage des mains sur chaque parcelle. Nous demandons toujours des stations de lavage des mains. Aidez-nous à disposer de stations de lavage des mains. Fournissez-nous des stations de lavage des mains pour nous faciliter le nettoyage. Fournissez-nous des stations de lavage des mains pour une hygiène adéquate.
Besoin d'autres équipements Demandes de gants, bottes, chlore et autres équipements de protection.	Fournissez-nous des gants de protection contre le virus Ébola. Chaque parcelle a besoin de l'équipement nécessaire : nous avons besoin de gants pour nous protéger et nous avons besoin de désinfectant dans chaque foyer ; nous avons besoin de chlore pour nous protéger de manière efficace. Fournissez-nous des bottes comme celles qu'ont les infirmières. Vous devez distribuer du riz à tout le monde, pas seulement aux cas de contacts sous surveillances. Aidez chacun d'entre nous et dressez des barrières partout pour que la maladie puisse être éradiquée.
Suggestions inhérentes à la procédure de riposte	Laissez-nous assurer notre protection contre le virus Ébola tandis que vous continuez à rechercher des produits susceptibles d'éradiquer la flambée épidémique de cette maladie à virus Ébola. Nous devons mettre un terme à la flambée épidémique, si vous n'êtes pas là pour nous tuer, faites tout ce qui est en votre pouvoir pour éradiquer cette maladie dans les meilleurs délais. Nous voulons mettre un terme à cette maladie et qu'elle ne soit pas la cause de fraude dans notre pays. Nous avons besoin de paix et de l'éradication de cette maladie. Faites tout ce qui est en votre pouvoir pour éradiquer votre soi-disant maladie à virus Ébola parce que nous vous préparons une guerre ; prenez garde, partez en temps opportun ; tous ceux qui collaborent à la riposte doivent être prudents.
Améliorer les inhumations Demandes spécifiques concernant les inhumations	En cas de décès, vous devez procéder rapidement à la cérémonie d'inhumation car nous avons découvert votre secret consistant à laisser les personnes être contaminées. Les équipes des pratiques d'EDS à Vuhovi ne sont pas suffisantes par rapport aux nombres de villages à couvrir et les routes ne sont pas accessibles pour les véhicules. Les équipes des pratiques d'EDS doivent marcher pour rejoindre la famille du défunt. Nous demandons à FHI 360 d'établir des équipes des pratiques d'EDS à Musenda, Kibwe, Bunyuka, Kasitu et Isonga afin de renforcer les équipes actuelles. Des fossoyeurs du cimetière de Kitatumba ont sollicité l'implication des dirigeants communautaires afin de sensibiliser les jeunes au virus Ébola pour qu'ils cessent de déranger, d'importuner et d'attaquer les équipes des pratiques d'EDS.

Améliorer les services de santé Emplacement et fermeture du CTE, efficacité des traitements, soins gratuits	La communauté a indiqué que le CTE devait être déplacé au sein de la zone de propagation de la maladie. Poursuivez vos recherches afin d'identifier des produits susceptibles d'éradiquer le virus Ebola. Vous devez également envoyer le traitement aux zones qui ne disposent pas de traitement gratuit. De nombreuses personnes en provenance de différentes zones ont recours à des soins à Makeke, nous craignons d'être à nouveau infectés, ces personnes doivent être traitées dans leurs villes d'origine. Fournissez-nous des soins gratuits et venez rénover votre CTE. Fournissez-nous de vrais traitements.
---	---

Principales conclusions

Sensibilisation au virus Ebola : La prise de conscience concernant le virus Ebola demeure élevée au sein de la région. Une enquête à grande échelle menée par la Harvard Humanitarian Initiative (HHI) en août 2019 a révélé que 93 % des personnes interrogées avaient connaissance du virus Ebola dans les provinces du Nord-Kivu (n=2,267), 69 % du Sud-Kivu (n=2 316) et 49 % (n=1 156) de l'Ituri. La connaissance du virus dans les villes de Goma (99 %), Bukavu (99 %), Beni (96 %) et Butembo (95 %) était beaucoup plus élevée que dans les villes de Bunia (37 %) et d'Uvira (76 %). Une étude réalisée par la Cellule Analyse Science Sociale (CASS, sous l'égide de la Commission stratégique du ministère de la Santé, avec la collaboration de l'UNICEF, de l'OMS, des CDC, de Traducteurs sans frontières et de la FICR) avec des femmes de Beni (n=398, juillet 2019) a révélé que 100 % d'entre elles avaient connaissance du virus Ebola, et des degrés de connaissance similaires (95 % et 100 %) ont été identifiés à Goma (Août 2019) par Oxfam (n=432) et la CASS (n=84 membres du personnel de santé). Il a également été révélé que les échanges d'informations au niveau communautaire concernant le virus Ebola étaient généralisés : 77 % des personnes interrogées dans le cadre de l'étude menée par la CASS à Beni (n=398, juillet 2019) ont évoqué ou ont entendu des personnes évoquer le virus Ebola au cours des dernières 24 heures ; une étude indépendante réalisée par la CASS (juin 2019) a révélé que 80 % des personnes interrogées à Butembo (n=198) et 49 % à Katwa (n=226) avaient évoqué le virus Ebola au cours de la dernière semaine. L'enquête réalisée par la HHI en août 2019 a indiqué que le virus Ebola était évoqué au quotidien ou au moins 2 à 6 fois par semaine dans les provinces du Nord-Kivu (78 %), du Sud-Kivu (57 %) et de l'Ituri (42 %), avec des pourcentages beaucoup plus élevés identifiés à Beni (95 %), dans la ville de Butembo (88 %) et à Goma (89 %) ; mais moindres à Mambasa (64 %) et Mwenga (16 %) où des cas venaient de commencer à émerger en juillet/août.

Les sources d'informations les plus courantes au sein de la province du Nord-Kivu incluaient : les amis ou les proches (91 %), la radio communautaire (66 %), les professionnels de la santé (63 %), les chefs religieux (61 %) et la radio nationale (34 %). Des données issues de l'enquête menée par la CASS ont également suggéré que la radio était de loin la source d'informations la plus courante concernant le virus Ebola à Bunia (88 %), Butembo/Katwa (85 %) et Beni (72 %), avec une exposition aux informations beaucoup plus élevée de la part des membres du personnel de santé, des sensibilisateurs communautaires, des RECO, des proches et du personnel de riposte à Butembo, Katwa et Beni comparativement à Bunia. Toutefois, l'enquête réalisée par la HHI a indiqué que seulement 30 % des personnes interrogées dans la province du Nord-Kivu, 22 % dans la province de l'Ituri et 6 % dans la province du Sud-Kivu estimaient que les informations qu'elles avaient reçues concernant le virus Ebola étaient suffisantes. Des études qualitatives menées à Mandima (CASS, juin 2019) et l'analyse du conflit réalisée par Search for Common Ground à Butembo (juin 2019) ont révélé que la confiance à l'égard des informations était fortement associée au fait de « connaître la source », et que les dirigeants locaux, les RECO et les dirigeants informels (taxis-motos, guérisseurs traditionnels, chefs religieux), ainsi que les amis et proches étaient très respectés à cet égard. Il est intéressant de noter que les enquêtes menées par la CASS ont révélé un pourcentage beaucoup plus élevé de personnes interrogées à Beni (60 %) et Butembo (46 %) comparativement à Katwa (22 %) et Bunia (5 %) qui mentionnaient WhatsApp en tant que source d'information, notamment parmi les jeunes. Tandis que seulement 16 % ont mentionné Internet et les réseaux sociaux (Facebook et WhatsApp) dans le cadre de l'enquête menée par la HHI (n=5,739), ce chiffre était beaucoup plus élevé dans les centres urbains de Goma (52 %), Butembo (48 %), Bukavu (47 %), Beni (40 %) et Bunia (40 %). Le suivi médiatique réalisé par Novetta (juin-août 2019) a révélé que tandis que les voix critiques parmi les médias grand public avaient diminué de manière significative comparativement aux périodes de référence précédentes, les stations de radio communautaire et les réseaux WhatsApp locaux demeuraient extrêmement actifs dans le cadre de l'amplification des informations erronées concernant le virus Ebola, y compris en divulguant des affirmations selon lesquelles les équipes de riposte propageaient le virus délibérément (y compris dans la ville de Beni) dans le cadre de « l'activité commerciale liée au virus Ebola ».

Des doutes concernant la « véritable existence » du virus Ebola ainsi que des questions relatives aux origines et à la persistance de l'épidémie continuent d'être signalés parmi les retours communautaires (Oxfam, juin-juillet 2019). L'enquête menée par la HHI au mois d'août a révélé que 24 % des personnes interrogées dans les provinces du Nord-Kivu, du Sud-Kivu et de l'Ituri estimaient que le virus Ebola n'était pas réel ; 31 % d'entre elles ont indiqué que la crise liée au virus Ebola avait été inventée par les autorités pour gagner de l'argent ; et 33 % que le virus avait été inventé pour déstabiliser la région. Une enquête indépendante menée par la CASS (juin 2019) a indiqué que tandis que 93 % des personnes interrogées à Katwa (n=226) et 85 % à Butembo (n=198) estimaient que le virus était réel, seulement 50 % et 62 % estimaient que l'épidémie elle-même était réelle (avec un nombre plus important d'hommes (53 %, n=264) que de femmes (31 %, n=160) exprimant de l'incrédulité). Une analyse du conflit réalisée par Search for Common Ground à Butembo (juin 2019) a indiqué que seulement environ un tiers des personnes interrogées pensaient que le virus Ebola était une « maladie normale », et la majorité d'entre elles ont indiqué que l'épidémie avait été causée par des motivations politiques et économiques dissimulées. Les données recueillies par la CASS à Beni (juin 2019, n=398 femmes) ont suggéré un niveau de confiance beaucoup plus élevé selon lequel l'épidémie était réelle (96 %), bien que la recrudescence ultérieure du virus Ebola dans la ville ait généré des niveaux de méfiance et de colère significatifs, ainsi que la réapparition de diverses rumeurs (Novetta, juillet-août).

Connaissance du virus Ebola : L'enquête menée par la HHI en août 2019 (n=5 739) a révélé que 39 % des personnes interrogées dans la province du Nord-Kivu, 43 % dans la province de l'Ituri et 79 % dans la province du Sud-Kivu avait indiqué une « très mauvaise » ou une « mauvaise » connaissance du virus Ebola. Lorsqu'ils ont été ventilés par lieu, les pourcentages étaient nettement moindres, avec 8 % des personnes interrogées à Goma et 9 % dans la ville de Beni indiquant une « très mauvaise » ou une « mauvaise » connaissance, bien que, fait inquiétant, 34 % des personnes interrogées aient indiqué ceci dans la ville de Butembo et 89 % à Mwenga. La plupart des études indiquent que les populations présentent une connaissance relativement (plus) élevée des symptômes du virus Ebola dans les zones sensibles. Une enquête menée par la CASS à Beni (n=398, juin-juillet 2019) a révélé que plus de 85 % des personnes interrogées décrivaient des maux de tête, des vomissements, des fièvres, des saignements et des diarrhées en tant que principaux symptômes. Un sentiment répandu parmi les différentes études qualitatives était que « toutes les fièvres » étaient désormais assimilées au virus Ebola. La fièvre était le symptôme le plus fréquemment signalé parmi les données

issues de l'enquête menée par la HHI au mois d'août, tel qu'indiqué par 63 % de l'ensemble des personnes interrogées (73 % dans la province du Nord-Kivu, 51 % dans la province du Sud-Kivu et 60 % dans la province de l'Ituri). D'après les données de la CASS, 93 % des personnes interrogées à Beni (n=398, juin-juillet 2019), et 81 % des personnes interrogées à Butembo/Katwa (n=424, juin 2019) ont indiqué les hémorragies/les saignements en tant que symptôme courant du virus Ebola. Les données compilées par Oxfam ont indiqué que 73 % des personnes interrogées à Goma (n=432, août 2019) avaient également indiqué ceci. Les enquêtes menées par la CASS et la HHI indiquent à plusieurs reprises que les douleurs musculaires, les douleurs abdominales et la fatigue intense ne sont pas considérées comme des symptômes courants du virus Ebola.

Plusieurs études indiquent que la majorité des personnes interrogées identifient le contact physique avec les fluides corporels d'une personne malade comme étant la principale voie de transmission. Un nombre moins important mentionne la transmission par voie sexuelle. Dans l'enquête menée par la HHI au mois d'août (n=5 739), les manières les plus fréquemment indiquées de contracter le virus Ebola étaient : toucher des personnes malades (63 %) ; toucher des personnes décédées (56 %) ; manipuler ou manger des animaux sauvages/de la viande de gibier (46 %) ; toucher un effet personnel qu'une personne malade (atteinte du virus Ebola) avait touché (43 %) ; et être en contact avec le sang, l'urine, la sueur, ou un autre fluide corporel d'une personne atteinte du virus Ebola (27 %). À titre de comparaison, ces pourcentages s'élevaient à environ 20-30 % dans les villes de Beni et Butembo (lorsqu'ils étaient ventilés par lieu). L'analyse du conflit réalisée par Search for Common Ground à Butembo/Katwa (juin 2019) a révélé que les incompréhensions concernant la transmission du virus Ebola impliquaient souvent certains degrés d'informations erronées y compris le fait que le virus se propageait dans l'air, qu'il pouvait être contracté en se saluant et par la consommation de viande infectée, et qu'il continuait d'être associé par certains à une maladie spirituelle (qui peut uniquement être guérie par la prière) ou à un empoisonnement (également indiqué dans les études réalisées par la CASS, mai 2019 ; et Bethesda, juillet 2019, « *Pour moi, le virus Ebola n'existe pas... Je pense que ma nièce a été empoisonnée, mais après son décès, on nous a dit qu'elle avait contracté le virus Ebola mais je n'y crois pas* »).

Les données issues de l'enquête menée par la HHI au mois d'août (n=5 739) ont révélé que 82 % des personnes interrogées au sein de la région associaient le virus Ebola à la mort. Une étude qualitative réalisée à Mangina par la CASS (juillet 2019) a suggéré que la majorité des personnes interrogées estimaient que le virus Ebola était une maladie dangereuse qui tue et qu'elles se considéraient comme présentant un « risque élevé » de contracter le virus, tandis qu'une étude menée à Goma par Oxfam (n=432, août 2019) a révélé que 92 % des personnes interrogées estimaient que le virus Ebola était une maladie « très grave » ou « grave ». Ces études, et d'autres, indiquent une perception généralisée selon laquelle les femmes et les enfants présentent un risque plus élevé : 75 % des femmes interrogées dans le cadre de l'étude réalisée par la CASS à Beni (n=398, juillet 2019) estimaient présenter un risque plus important de contracter le virus Ebola parce qu'elles n'avaient pas reçu le vaccin (100 %) et du fait de leur rôle dans la préparation des corps (94 %).

Les études menées par la CASS ont révélé que 95 % des personnes interrogées à Beni (n=398, juin-juillet 2019), 77 % à Butembo/Katwa (n=424, juin 2019) et 35 % à Bunia (n=397, juillet 2019) pensaient que le virus était susceptible de se propager « n'importe où ». Les personnes interrogées à Katwa (70 %) et à Beni (62 %) étaient davantage susceptibles d'identifier les centres de santé en tant que lieux spécifiques de transmission, comparativement à Bunia (17 %) et Butembo (32 %) mais les personnes interrogées dans le cadre des études ont également mentionné les marchés et les centres de transport. Les études réalisées par la CASS (juin-août 2019) et les données issues des retours communautaires recueillis par Oxfam (juin-juillet 2019) ont également mis en évidence la perception persistante selon laquelle les équipes de riposte constituaient une source de transmission du virus Ebola. Néanmoins, la majorité des personnes interrogées dans le cadre des enquêtes menées par la CASS ont confirmé que le virus Ebola pouvait être contrôlé, bien que l'accent ait surtout été mis sur l'hygiène de base en tant que principal mécanisme de contrôle plutôt que sur la nécessité de modifier les comportements à risque élevé. Des affirmations telles que « *Les cas ont augmenté parce que... la plupart des gens ne se lavent pas les mains avant de manger* » et « *... [Le virus Ebola se propage parce que les gens] ne respectent pas les règles d'hygiène sur le marché* » étaient fréquentes (CASS, Beni, juillet 2019). À la question de savoir quelles étaient les meilleures manières de contrôler le virus Ebola, les personnes interrogées dans le cadre des enquêtes menées par la CASS (juin-juillet) à Butembo (n=226), Katwa (n=198), Bunia (n=397) et Beni (n=398) ont mentionné le plus fréquemment la vaccination, les enterrements dignes et sécurisés, la décontamination et le fait de se rendre dans un CTE.

« Quelle est la meilleure méthode pour contrôler le virus Ebola ? »	Enquêtes CASS (juin-juillet 2019)			
	Beni n=396	Butembo n=226	Katwa n=198	Bunia n=397
Vaccination	56 %	59 %	59 %	59 %
Enterrements dignes et sécurisés	60 %	33 %	62 %	15 %
Décontamination	60 %	33 %	47 %	<10 %
Aller au CTE	45 %	38 %	44 %	13 %
Isolement	39 %	22 %	40 %	12 %

L'enquête menée par la HHI (n=5 739, août 2019) a révélé que 33 % des personnes interrogées dans les provinces du Nord et du Sud-Kivu et de l'Ituri savaient comment signaler un cas soupçonné de virus Ebola (66 % à Goma ; 61 % dans la ville de Beni ; 67 % dans la ville de Butembo ; 68 % à Nyiragongo ; mais seulement 25 % à Mambasa où la plupart des cas ont émergé depuis la mi-septembre). Les populations ont toujours beaucoup de questions relatives aux origines du virus et au fait de savoir « *qui est derrière cela* » et suggèrent que le fait de clarifier ces questions permettrait de contrôler la flambée épidémique. Une étude qualitative menée à Beni (CASS, juillet 2019) a révélé que de nombreuses personnes pensaient que le virus était « *revenu à Beni* » car il s'agissait d'un commerce lucratif : « *Oui, le virus [Ebola] s'est propagé ici, parce que la majorité des gens aiment l'argent, qu'ils ont trouvé du travail avec la riposte et qu'ils veulent que le virus Ebola continue de se propager.* »

Connaissance du virus Ebola parmi les membres du personnel de santé :

La transmission nosocomiale et l'infection des membres du personnel de santé constituent toujours une préoccupation majeure.⁹ Les enquêtes menées par la CASS avec des membres du personnel de santé (juin-août 2019) ont révélé que 100 % d'entre eux à Beni (n=46), 100 % d'entre eux à Bunia (n=80) et 89 % à Butembo/Katwa (n=59) estimaient que le virus Ebola était réel (qu'il ne s'agit pas d'une

Pratiques de soins signalées en réponse à un cas soupçonné de virus Ebola	Enquêtes CASS (juin-juillet 2019)				
	Beni n=46	Butembo n=41	Katwa n=18	Bunia n=80	Goma n=84
Isoler le patient	83 %	50 %	8 %	80 %	17 %
Appeler la permanence téléphonique dédiée au virus Ebola	64 %	0 %	18 %	59 %	69 %
Les envoyer au CTE	51 %	17 %	15 %	30 %	N/A
Appeler le RECO	21 %	17 %	44 %	5 %	N/A
Les référer à un autre dispensaire	11 %	0 %	13 %	0 %	7 %

« *maladie inventée* », toutefois 45 % d'entre eux à Butembo et Katwa ne pensaient pas que l'épidémie d'Ébola était réelle (que de nombreux cas ne sont pas « *vraiment* » le virus Ébola ou que le virus Ébola a été propagé délibérément). À titre de comparaison, 0 % d'entre eux à Beni et 20 % à Bunia ont indiqué ceci. La connaissance des symptômes du virus Ébola (maux de tête, fièvre, vomissements, douleurs abdominales, fatigue intense et diarrhée) ont été mentionnées par plus de 80 % des membres du personnel de santé à Beni et par 90 % à Bunia. Les membres du personnel de santé (y compris du privé et du public) de Beni et Bunia semblaient davantage préparés à traiter des cas soupçonnés de virus Ébola que ceux de Butembo, Katwa, et Goma.

Ces différences sont alignées avec l'exposition des membres du personnel de santé aux formations à la lutte contre le virus Ébola. D'après les enquêtes menées par la CASS, 99 % des membres du personnel de santé interrogés à Bunia et 98 % d'entre eux à Beni ont indiqué avoir reçu une formation, contre seulement 76 % à Goma et Katwa et 59 % à Butembo. Les formations étaient axées sur la PCI, les symptômes, le triage et la manière de divulguer des informations aux patients, avec peu d'informations sur les enterrements dignes et sécurisés ou la vaccination. Les formations à Beni, Butembo et Katwa ont été dispensées plus fréquemment dans un bureau ou un hôtel (58 %) plutôt qu'au sein d'une structure sanitaire (35 %), ce qui a contribué à limiter l'apprentissage pratique et les démonstrations. Comparativement à 60 % de membres du personnel de santé interrogés à Beni et à 59 % à Butembo, seulement 41 % à Katwa ont convenu qu'ils étaient suffisamment impliqués dans la riposte contre le virus Ébola, et beaucoup d'entre eux ont indiqué un manque d'implication, en particulier au sein des établissements privés. À Beni, Katwa et Butembo, 60 % des membres du personnel de santé estimaient présenter un risque élevé de contracter le virus Ébola. Les membres du personnel de santé continuent d'être accusés de propager le virus Ébola, et 65 % des membres du personnel de santé interrogés à Bunia, 51 % à Beni, Butembo et Katwa et 35 % à Goma ont indiqué leur perception d'une baisse générale de la confiance dans les professionnels de santé. Parmi les membres du personnel de santé interrogés par la CASS à Butembo et Katwa, environ la moitié se sentaient incapables de parler du virus Ébola aux patients ou aux membres de la communauté bien que seulement 9 % d'entre eux à Bunia et 6 % à Beni aient indiqué ceci (à savoir, 91 % à Bunia et 96 % à Beni se sentaient capables de parler du virus Ébola). Les tensions communautaires ont été exacerbées au cours de la période de référence par plusieurs grèves de membres du personnel de santé (en raison de plusieurs mois impayés) et des demandes de prime de risque circulant sur les médias locaux à Butembo (Novetta, juin).

Comportements en matière de prévention : Dans l'enquête interprovinciale menée par la HHI (n=5 739, août 2019), un changement de comportement signalé était sensiblement plus élevé dans les provinces du Nord-Kivu et de l'Ituri que dans la province du Sud-Kivu. Dans le cadre de l'enquête, 43 % des personnes interrogées ont confirmé s'être lavé les mains plus fréquemment depuis le début de la flambée épidémique d'Ébola (59 % dans la province du Nord-Kivu, 47 % dans la province de l'Ituri, 23 % dans la province du Sud-Kivu). D'autres comportements en matière de prévention étaient axés sur la distanciation sociale : 39 % ont indiqué éviter tout contact avec le corps d'une personne récemment décédée du virus Ébola (61 % dans la province du Nord-Kivu, 31 % dans la province de l'Ituri, 16 % dans la province du Sud-Kivu) ; 37 % ont évité tout contact avec une personne qu'ils soupçonnaient d'avoir contracté le virus Ébola (60 % dans la province du Nord-Kivu, 32 % dans la province de l'Ituri, 12 % dans la province du Sud-Kivu) ; 23 % ont réduit les interactions physiques avec autrui (31 % dans la province du Nord-Kivu, 21 % dans la province de l'Ituri, 13 % dans la province du Sud-Kivu) ; 31 % ont évité tout contact avec des personnes soupçonnées de s'être rendues dans une région affectée par le virus Ébola (43 % dans la province du Nord-Kivu, 34 % dans la province de l'Ituri, 16 % dans la province du Sud-Kivu) ; 28 % ont évité tout contact avec des personnes qui avaient eu des contacts avec une personne infectée par le virus Ébola (37 % dans la province du Nord-Kivu, 31 % dans la province de l'Ituri, 15 % dans la province du Sud-Kivu), et 18 % ont réduit les interactions physiques avec des proches (20 % dans la province du Nord-Kivu, 23 % dans la province de l'Ituri, 12 % dans la province du Sud-Kivu).

Les enquêtes menées par la CASS à Butembo/Katwa (n=424, juin 2019) et Beni (n=398, juillet 2019) ont révélé que 83 % et 75 % des personnes interrogées se sentaient capables de se protéger du virus Ébola. Les données indiquent que la connaissance des mesures de prévention, ainsi que les changements de comportement signalés, continuaient d'être axés sur l'hygiène de base, telle que le lavage des mains avec du savon, du chlore et/ou de l'eau (également reflété dans les données issues des retours communautaires compilés par Oxfam au mois de juin). Les analyses réalisées par la CASS ont associé cela à un manque de compréhension détaillée relative aux voies de transmission présentant un risque élevé (qui reçoivent une attention limitée au sein des communautés), et la notion selon laquelle le virus Ébola peut être transmis « partout » (voir ci-dessus). Les communautés locales à Butembo et Katwa ont souligné à plusieurs reprises les inégalités en matière d'accès à l'eau, à l'hygiène et à un assainissement de meilleure qualité (Oxfam juin-juillet ; Novetta, juin-août). Une étude relative à des méthodes mixtes quant aux perceptions et à l'utilisation des kits PCI-WASH distribués aux foyers suite à la déclaration de cas de virus Ébola à Katwa et Butembo (CASS, n=103 foyers, juin 2019) a révélé que tandis que 88 % de ceux qui avaient reçu un kit PCI-WASH ont affirmé qu'il les avaient protégés contre le virus Ébola, 41 % ont également indiqué que la distribution sélective avait créé des tensions au sein de leur communauté.

D'autres données indiquent que plusieurs pasteurs continuent d'affirmer que le virus Ébola n'existe pas et qu'« *il peut être guéri au nom de Jésus* » par la prière et l'« *imposition des mains* ». Ceci a été identifié par certains comme une pratique risquée susceptible de contribuer à propager le virus (Novetta, juillet). Fin août, des enseignants ont indiqué adopter des comportements en matière de prévention dans les écoles dans le cadre de la préparation à la nouvelle année scolaire (Novetta, août).

Recours aux services de santé et soins à domicile : Une enquête menée auprès de femmes par la CASS dans 12 zones de santé à Beni (n=398, juillet 2019) a révélé que 85 % des personnes interrogées avaient confirmé que le temps que cela leur prendrait d'avoir recours à des soins si elles présentaient des symptômes du paludisme n'avait pas changé depuis le début de la flambée épidémique. À la question de savoir ce qu'elles feraient si leur enfant avait de la fièvre pendant deux jours, 57 % ont déclaré qu'elles les soigneraient à domicile au cours des premières 48 heures. D'autres études communautaires réalisées à Butembo/Katwa (CASS, n=424, juin 2019) et Bunia (CASS, n=397, juillet 2019) ont révélé que la fièvre élevée, la diarrhée et les vomissements représentaient les symptômes les plus fréquemment mentionnés susceptibles d'inciter les parents à avoir recours à des soins pour leurs enfants âgés de moins de 5 ans auprès d'un établissement de santé. Les douleurs, la fièvre modérée et la fatigue intense ont été indiqués beaucoup moins fréquemment et n'étaient pas aussi largement reconnus en tant que symptômes du virus Ébola. Des témoignages de familles de victimes du virus Ébola, recueillis par le Bethesda Counseling Center (juin-juillet 2019), mettent en évidence la complexité du recours aux services de santé, notamment lorsque les symptômes du virus Ébola sont similaires à ceux du paludisme et à d'autres affections plus communes. (Dans un cas signalé, une infirmière a encouragé un patient de sexe masculin à qui l'on avait initialement diagnostiqué le paludisme puis un empoisonnement, à quitter l'hôpital et à obtenir un traitement à base de plantes, et il est ultérieurement décédé du virus Ébola).

Une étude qualitative réalisée à Beni, Mandima et Mabalako (CASS, avril 2019) a suggéré que les protocoles de soins demeuraient diversifiés, avec une prise de décision influencée par l'éloignement de la clinique, les niveaux de confiance et de crédibilité, les perceptions de la qualité des soins et les obstacles financiers. Il a été demandé aux personnes interrogées dans le cadre des enquêtes menées par le CASS à Butembo/Katwa (n=424, juin 2019) et Bunia (n=397, juillet 2019) ce qu'elles feraient si elles soupçonnaient qu'un proche était atteint du virus Ebola : 26 % à Butembo/Katwa et 65 % à Bunia ont indiqué qu'elles appelleraient un médecin/des infirmières pour une visite à domicile ; 31 % et 37 % se rendraient dans un établissement de santé ; 41 % et 25 % appelleraient la ligne d'assistance téléphonique dédiée au virus Ebola ; 18 % et 31 % se rendraient à la pharmacie ; et 9 % et 33 % iraient consulter un guérisseur traditionnel. Par opposition, dans le cadre d'une étude menée à Beni (CASS, n=398, juin-juillet 2019) 82 % des personnes interrogées ont indiqué qu'elles conduiraient un proche malade auprès d'une Formation Sanitaire (FOSA) avec triage, tandis que seulement 6 % se rendraient dans une pharmacie, 7 % iraient consulter des guérisseurs traditionnels et 5 % resteraient chez elles.

Dans le cadre de l'enquête interprovinciale réalisée par la HHI (n=5,739, août 2019), 59 % des personnes interrogées ont indiqué qu'elles se rendraient à l'hôpital si elles soupçonnaient un proche d'être atteint du virus Ebola (61 % dans la province du Nord-Kivu, 48 % dans la province de l'Ituri, 64 % dans la province du Sud-Kivu), et 27 % ont indiqué qu'elles se rendraient dans un centre de santé (28 % dans la province du Nord-Kivu, 35 % dans la province de l'Ituri, 21 % dans la province du Sud-Kivu). Dans les trois provinces, 3 % des personnes interrogées ont suggéré qu'elles refuseraient des soins (4 % dans la province du Nord-Kivu, 3 % dans la province de l'Ituri et 1 % dans la province du Sud-Kivu). On notera avec intérêt qu'à Mambasa (qui a connu une recrudescence des cas au mois de juin¹⁰), 16 % des personnes interrogées avaient déclaré qu'elles s'adresseraient d'abord à un agent de santé communautaire. À Beni, 88 % des personnes interrogées se rendraient à l'hôpital et 5 % dans un centre de santé. Aucune des personnes interrogées à Beni n'a indiqué qu'elle s'adresserait en premier lieu à un agent de santé communautaire, mais 4 % ont suggéré qu'elles refuseraient les soins si elles soupçonnaient avoir contracté le virus Ebola. Par opposition, les données issues d'une étude qualitative réalisée à Beni, et dans d'autres régions, continuent d'indiquer un soutien et une préférence pour les soins à domicile : « *Les gens préfèrent être soignés à domicile car ils craignent d'être envoyés au CTE...[il y a] trop de personnes atteintes du virus Ebola qui décèdent dans les hôpitaux* » ; « *Les gens préfèrent l'automédication car ils ont peur de la FOSA et ils savent qu'ils seront envoyés directement au CTE* » (CASS, juin 2019). Les enquêtes communautaires menées par le CASS ont révélé que 70 % des personnes interrogées à Katwa (n=226, juin 2019), 55 % à Beni (n=398, juin-juillet 2019) et 38 % à Butembo (n=198, juin 2019) avaient indiqué qu'elles « *craignent davantage* » d'avoir recours à des soins auprès d'établissements de santé depuis le début de la flambée épidémique d'Ebola, et que 43 % des personnes interrogées à Katwa, 38 % à Beni et 19 % à Butembo craignaient d'être envoyées directement dans un CTE : « *Maintenant tout est assimilé au virus Ebola...les membres du personnel ne s'occupent pas rapidement des patients, ils [les] envoient au CTE ; les membres du personnel [sont] devenus les ennemis des patients* » (CASS, Beni, juillet). Une étude qualitative réalisée par le CASS auprès de membres de la communauté, de dirigeants locaux, d'agents de santé, de bénévoles communautaires et de membres de l'équipe de riposte au sein de cinq zones de santé à Beni, Mandima et Mabalako (avril 2019) a révélé que le principal facteur incitatif inhérent à un signalement rapide de cas soupçonnés de virus Ebola était associé à l'augmentation des chances de survie, et qu'une exposition plus importante à des survivants ainsi que la diffusion de leurs expériences étaient susceptibles d'encourager un comportement positif à l'égard du recours aux services de santé.

Implication avec les établissements de santé publics et privés : Les nombres de patients au sein des établissements de santé dans la région semblent avoir augmenté depuis le début de la flambée épidémique : 43 % des membres du personnel de santé interrogés dans le cadre d'une étude réalisée par le CASS à Beni, Butembo et Katwa (n=105, juin 2019) ont indiqué un nombre accru de patients se rendant dans leurs établissements, et attribuaient cela en grande partie à la politique de gratuité des soins. Une enquête menée auprès de la population par le CASS (juin 2019) a révélé que 58 % des personnes interrogées à Katwa (n=226) et 53 % à Butembo (n=198) estimaient que les personnes se rendaient dans des cliniques de manière plus fréquente depuis le début de la flambée épidémique d'Ebola, et une étude menée auprès de femmes à Beni (CASS, n=398, juin 2019) a révélé que 80 % d'entre elles avaient indiqué avoir confiance dans la politique de gratuité des soins, même si, comme il a été noté dans les retours communautaires recueillis par Oxfam (juillet), certaines d'entre elles estimaient également que le nombre accru de patients avait généré des soins de moins bonne qualité. Les membres de la communauté ont semblé désorientés par la suspension des soins gratuits dans certaines régions de la province du Nord-Kivu, et ont noté le manque de transparence de la politique, en déclarant que le financement n'atteignait pas les communautés et que « *Des millions et des millions de dollars* » étaient conservés par les équipes de riposte corrompues (Novetta, août ; Oxfam, juillet). Le risque d'infection à virus Ebola au sein des établissements de santé en raison de CPI inadéquats a également été largement mentionné dans les retours communautaires, avec des témoignages de transmission nosocomiale en raison de soins médicaux maternels de mauvaise qualité et à la négligence médicale générée par des grèves des membres du personnel de santé mis en évidence parmi les séries de données (par exemple, Bethesda Counseling Center, juin-juillet 2019). En réalité, les médias locaux ont indiqué le manque de personnel médical généré par des grèves pour non-paiement comme étant la raison pour laquelle les taux de vaccination de routine des enfants étaient en baisse et la raison pour laquelle l'apparition d'autres maladies courantes (comme le paludisme) augmentait au sein de la région (Novetta, juin-juillet 2019).

Les données suggèrent que les pratiques de CPI adoptées par les membres du personnel de santé à Beni étaient plus efficaces que celles adoptées à Butembo et Katwa. Dans une étude réalisée par le CASS sur les connaissances, les perceptions, les attitudes et les pratiques liées au risque de virus Ebola parmi les membres du personnel de santé (n=105 membres du personnel de santé au sein d'établissements de santé publics et privés à Beni (n=46) Butembo (n=41) et Katwa (n=18), juin 2019), 79 % des membres du personnel de santé interrogés à Beni ont indiqué disposer d'un protocole CPI établi pour un cas de virus Ebola soupçonné comparé à seulement 16 % à Butembo/Katwa. Dans le cadre d'une étude similaire réalisée parmi des membres du personnel de santé à Bunia et Rwampara en juillet 2019 (n=80 dans 32 structures de santé au sein de 19 zones de santé), 44 % des personnes interrogées ont confirmé disposer d'un protocole CPI établi. Tandis que 87 % des membres du personnel de santé interrogés à Beni (juin 2019) et 55 % à Bunia (juillet 2019) ont indiqué que la structure de santé au sein de laquelle ils travaillaient disposait des équipements nécessaires pour éradiquer la transmission du virus Ebola, seulement 28 % des structures de santé ayant participé à une enquête menée par le CASS à Goma (n=84 structures de santé publiques, privées et traditionnelles au sein de trois zones de santé) avaient indiqué disposer d'un niveau de CPI adéquat pour empêcher la transmission nosocomiale. Les personnes interrogées ont mis en évidence un manque de lits, de gants et d'autres équipements de CPI, d'approvisionnements en eau permanents et de latrines, ainsi qu'un triage limité et d'un défaut d'unités d'isolement. Une enquête communautaire menée au sein des zones de santé de Goma et Nyiragongo par Oxfam (n=432, août 2019) a révélé que 95 % des personnes interrogées (qui avaient indiqué des recommandations, n=167) priorisaient l'accès à l'eau en tant que recommandation principale afin d'améliorer les établissements de santé, et 90 % d'entre elles estimaient que l'amélioration de WASH était susceptible d'augmenter les nombres de fréquentation de patients.

94 % des membres du personnel de santé à Beni (CASS, n=46, juin 2019) et 91 % à Bunia (CASS, n=80, juillet 2019) ont confirmé qu'ils estimaient se sentir capables de communiquer au sujet du virus Ébola avec leurs patients ou les membres de leur communauté, tandis que seulement 51 % à Katwa (CASS, n=18, juin 2019) et 55 % à Butembo (CASS, n=41, juin 2019) avaient indiqué cela. Les membres du personnel de santé à Butembo et Katwa étaient beaucoup moins susceptibles que les membres du personnel de Beni de décrire la nécessité d'isoler rapidement un patient soupçonné d'être atteint du virus Ébola et d'appeler la ligne d'assistance téléphonique dédiée au virus Ébola (CASS, juin 2019).

Implication avec les médecins traditionnels : L'enquête menée par le CASS parmi des membres du personnel de santé (n=105, juin 2019) a révélé que 72 % des membres du personnel de santé à Beni contre seulement 11 % à Butembo/Katwa avaient indiqué que les médecins traditionnels étaient impliqués dans la riposte contre le virus Ébola, tandis que 55 % à Beni et 68 % à Butembo/Katwa avaient indiqué l'implication de pharmacies. Les perceptions des médecins traditionnels par les membres du personnel WASH/CPI étaient mitigées, certains estimaient qu'il s'agissait de "charlatans" tandis que d'autres exprimaient des relations plus positives et militaient pour qu'ils soient mieux intégrés au sein de la riposte. La majorité des membres du personnel de santé ont suggéré que les médecins traditionnels bénéficiaient d'un niveau de confiance élevé de la part des membres de la communauté qui avaient confiance en eux. Une étude qualitative réalisée à Mandina (CASS, juin 2019) a indiqué que tandis que les membres de la communauté privilégiaient le fait d'avoir recours aux services de santé auprès d'un établissement moderne pour traiter le virus Ébola (ainsi que le paludisme), ils préféraient être soignés par des guérisseurs traditionnels pour des affections telles que la fièvre, les empoisonnements, les crises d'épilepsie et les maladies mentales. L'étude réalisée en août par le CASS sur les implications des médecins traditionnels au sein de neuf zones de santé à Beni, Mandima et Mabalako qui incluait des discussions et entretiens de groupe avec les médecins traditionnels, leurs clients, et des membres de la commission WASH/CPI ont identifié plusieurs types de guérisseurs traditionnels opérant au sein de la région (herboristes, sorciers, marabouts, rebouteux et féticheurs). Les 21 médecins traditionnels interrogés dans le cadre de l'étude connaissaient le risque de contracter le virus Ébola impliqué par leur travail et 20 d'entre eux avaient reçu le vaccin contre le virus Ébola. Six d'entre eux ont mis en évidence le fait qu'ils manquaient d'équipement de protection et un seulement (parmi les 51 médecins traditionnels ayant participé aux entretiens et groupes de discussion) a confirmé avoir reçu un kit WASH pour se protéger.

Perceptions des CTE et traitement contre le virus Ébola : Dans les deux enquêtes réalisées par le CASS à Beni (n=398, juillet 2019) et Bunia (n=397, juillet 2019), 95 % des personnes interrogées avaient connaissance des CTE. Dans l'enquête menée par la HHI (n=5 739, août 2019), 71 % des personnes interrogées dans la province du Nord-Kivu, 42 % dans la province de l'Ituri et 29 % dans la province du Sud-Kivu ont indiqué avoir reçu des informations quant aux sites dispensant des traitements contre le virus Ébola au cours de la semaine précédant l'enquête. Les données issues d'enquêtes réalisées par Novetta entre juin et août 2019 ont indiqué que 57 % des personnes interrogées étaient favorables au CTE à Beni (n=200) et 65 % à Butembo (n=350). Les membres de la communauté ont exprimé leur souhait de « défendre » les CTE contre des attaques à Katwa (Novetta, juin) ainsi que leur gratitude à l'égard des membres du personnel médical étranger et des ONG : « *Nous devons faire revenir MSF, ils savent comment traiter le virus* » (CASS, Beni, juillet 2019). Néanmoins, la perception des CTE en tant que « pièges mortels » se poursuit parmi les retours communautaires (recueillis par la FICR et Oxfam), la surveillance des médias (Novetta), les études qualitatives (CASS) et les analyses de conflit (Search for Common Ground). Les préoccupations exprimées continuent d'être liées au trafic d'organes, au vol de sang, à l'épuration ethnique, à l'accès différencié (l'exclusion d'individus présentant certains types de sang), et aux meurtres délibérés commis par les membres de la riposte. Les membres de la communauté continuent d'estimer que les médecins et infirmières locaux n'ont pas reçu de formation suffisante pour traiter le virus Ébola, et l'ensemble des données issues des retours communautaires révèlent que de nombreuses plaintes sont exprimées concernant les longs délais, les résultats de tests retardés ou incorrects, et le manque d'informations fournies aux proches (notamment lorsqu'un patient est décédé). Des préoccupations concernant l'approvisionnement en nourriture au sein des CTE continuent d'être exprimées et ont également été diffusées sur les réseaux sociaux locaux (Novetta, juin 2019).

Au cours de la période considérée, les données indiquent que la séparation entre les CTE et le système de santé général ainsi que la militarisation des structures de soins, les structures temporaires installées à la hâte, la perception selon laquelle les CTE sont mal situés (trop proches ou trop éloignés des communautés) et le manque de personnel recruté localement continuent de contribuer aux informations erronées et à la méfiance au sein de la région (CASS, Oxfam, Novetta, Search for Common Ground). L'enquête réalisée par la HHI en août 2019 a révélé que seulement 53 % des personnes interrogées dans les provinces du Nord-Kivu, du Sud-Kivu et de l'Ituri avaient déclaré qu'il était « probable » voire « fort probable » qu'elles informent les autorités sanitaires si elles soupçonnaient avoir contracté le virus Ébola, et que la réticence à le signaler était associée à la croyance selon laquelle le virus Ébola n'existe pas (40 %), qu'il n'existe aucun traitement (25 %), à une réticence à être séparé de ses proches (23 %) et à une méfiance générale vis-à-vis des autorités (20 %).

Toutefois, de manière plus positive, les données issues des enquêtes menées par le CASS à Butembo/Katwa (n=424, juin 2019) et Beni (n=398, juillet 2019), et de l'enquête réalisée par Oxfam à Goma (n=432, août 2019) ont révélé que 73 % des membres de la communauté interrogés à Butembo/Katwa, 69 % à Beni et 57 % à Goma estimaient que le virus Ébola pouvait être traité de manière efficace. Les analyses de conflit réalisées par Search for Common Ground à Butembo (juin 2019) ont également indiqué que certains membres de la communauté estimaient que si un patient se rendait dans un CTE dès l'apparition des premiers signes du virus Ébola, il était garanti d'être guéri. Toutefois, une enquête interprovinciale menée par la HHI (n=5,739, août 2019), a révélé que seulement 43 % des personnes interrogées dans la province du Nord-Kivu, 22 % dans la province de l'Ituri et 8 % dans la province du Sud-Kivu avaient connaissance d'un traitement contre le virus Ébola. Bien que les chiffres soient plus élevés à Beni (79 %) et Butembo (59 %), ils demeurent faibles à Goma (38 %) et Mambasa (32 %). Dans le cadre de l'enquête, 81 % des personnes interrogées ont indiqué que « toutes » (33 % des personnes interrogées) ou la « majorité » (48 % des personnes interrogées) des personnes qui étaient infectées par le virus Ébola décédaient. À Beni, 25 % des personnes interrogées ont indiqué que toutes les personnes infectées décédaient, et 70 % que la majorité des personnes décédaient ; et à Butembo, 18 % ont indiqué que toutes les personnes décédaient, et 68 % que la majorité décédaient. Les données compilées par Search for Common Ground (Butembo, juin 2019) ont révélé que la perception selon laquelle il n'existait « aucun traitement » contre le virus Ébola au début de la flambée épidémique était toujours présente.

La surveillance des médias réalisée par Novetta (juin-août 2019) a suggéré que tandis que les principaux médias régionaux et nationaux avaient adopté un récit positif des CTE depuis plusieurs mois, les médias locaux et basés sur la communauté ont mis plus de temps à rendre compte des résultats positifs obtenus au sein des centres de traitement. L'annonce faite en août 2019 selon laquelle

les traitements expérimentaux REGN-EB3 et mAb114 contribuaient à des taux de survie élevés, notamment s'ils étaient administrés dès l'apparition des premiers symptômes, a attiré le soutien et les éloges des médias locaux, en particulier autour du rôle joué par le Dr. Jean-Jacques Muyembe. Toutefois, suite aux rapports d'un « remède » contre le virus Ebola, les populations ont commencé à affirmer que le virus Ebola ne devait plus prendre de vies et que tous les patients atteints du virus Ebola devaient être guéris (Novetta, août).

Connaissance et compréhension du vaccin contre le virus Ebola : À la date de la publication de la présente compilation de données (6 octobre 2019), 233 366 présentant un risque de contracter le virus Ebola avaient consenti et reçu le vaccin rVSV-ZEBOV-GP contre le virus Ebola.¹¹ Le vaccin est largement accepté au sein de la communauté, et la communauté sollicite l'étendue du programme de vaccination et que la vaccination de la communauté élargie à grande échelle continue d'être mise en avant (FICR, Oxfam, Novetta). Les membres de la communauté continuent de solliciter des informations plus détaillées concernant le vaccin – les vaccins représentent l'une des principales catégories parmi les données issues des retours communautaires recueillis par la FICR. Les données issues de l'enquête réalisée par le CASS ont révélé qu'environ tous les membres du personnel de santé et la majorité des membres de la communauté qui avaient participé aux enquêtes au cours de la période considérée avaient connaissance du vaccin contre le virus Ebola. Toutefois, un nombre moins élevé de membres de la communauté estimaient que le vaccin protégeait réellement les populations contre le virus Ebola. Ces conclusions correspondaient à celles de l'enquête réalisée par la HHI (n=5 739, août 2019), qui indiquaient que 75 % des personnes interrogées dans la province du Nord-Kivu, 63 % dans la province de l'Ituri et 45 % dans la province du Sud-Kivu avaient connaissance d'un vaccin contre le virus Ebola mais que seulement 58 %, 43 % et 59 % respectivement estimaient qu'il protégeait réellement contre le virus Ebola. À son tour, cela a reflété le pourcentage de personnes interrogées qui ont indiqué qu'elles accepteraient le vaccin contre le virus Ebola s'il était mis à leur disposition : 61 % dans la province du Nord-Kivu, 48 % dans la province de l'Ituri et 70 % dans la province du Sud-Kivu. Tandis que le virus Ebola continue de se propager, des doutes quant à l'efficacité du vaccin continuent de circuler, y compris des idées selon lesquelles le vaccin contribuerait à la propagation du virus Ebola, qu'il avait expiré et que les équipes de riposte distribuaient à la fois un vaccin efficace et un vaccin inefficace (CASS, Oxfam, FICR), « *Le vaccin qu'ils utilisent à Beni n'est pas [efficace]. Le bon vaccin n'est plus fourni, il reste seulement le mauvais vaccin* » (Novetta, août). Des données ont également suggéré que cette hésitation vis-à-vis des vaccins en général demeurerait un problème au sein de la région et était davantage prononcé dans la province de l'Ituri.

Changements de comportements signalés parmi les perceptions de la vaccination contre le virus Ebola à Beni et Butembo, enquêtes réalisées par la HHI, septembre/décembre 2018 et mai/août 2019

Changements signalés parmi les perceptions de la vaccination contre le virus Ebola	Enquêtes HHI (2018-2019)							
	Ville de Beni				Ville de Butembo			
	Septembre 2018 n=481	Décembre 2018 n=302	Mai 2019 n=600	Août 2019 n=309	Septembre 2018 n=480	Décembre 2018 n=300	Mai 2019 n=599	Août 2019 n=384
Avez-vous connaissance du vaccin contre le virus Ebola ?	97 %	89 %	93 %	93 %	85 %	99 %	94 %	95 %
Le vaccin protège-t-il contre le virus Ebola ?	69 %	82 %	74 %	68 %	65 %	53 %	40 %	60 %
Accepteriez-vous le vaccin contre le virus Ebola ?	57 %	70 %	55 %	65 %	65 %	38 %	31 %	58 %

Les informations recueillies par Search for Common Ground à Butembo (juin 2019) ont mis en évidence des rumeurs non vérifiées selon lesquelles certains membres du personnel de riposte refusaient toujours d'être vaccinés. Dans le cadre d'une étude réalisée par le CASS auprès de membres du personnel de santé en juin 2019, les participants interrogés sur la raison pour laquelle les membres du personnel de santé ne souhaitaient pas se faire vacciner ont suggéré la crainte des effets secondaires, la crainte qu'il ne soit fatal, et la crainte qu'il soit inefficace. Des indications supplémentaires quant à la réticence vis-à-vis du vaccin contre le virus Ebola ont été fournies par les brèves enquêtes menées par Novetta entre juin et août à Butembo (n=365) et Beni (n=202) où, hormis la disponibilité limitée du vaccin (« *J'ai voulu me faire vacciner, mais le vaccin est très difficile à obtenir* »), d'autres raisons fréquemment citées incluaient : grossesse, croyances religieuses, croyances selon lesquelles il s'agissait d'un « poison » qui contribue à propager le virus Ebola (« *en tant que moyen d'extermination de la population Nande* »), inquiétudes selon lesquelles il s'agissait d'un vaccin « *expérimental* », et craintes qu'il soit susceptible de causer l'impuissance et l'infertilité et qu'il présente des effets secondaires débilissants sur la santé à long terme. Les retours communautaires continuent de mettre en évidence des retards dans l'administration du vaccin aux contacts Ebola, des tensions communautaires en ce qui concerne la distribution de denrées alimentaires aux contacts Ebola (perçue comme une « récompense » pour avoir accepté le vaccin) ainsi que des plaintes communautaires selon lesquelles les membres du personnel de riposte ne sont pas toujours en mesure d'expliquer le mode de fonctionnement du vaccin et la justification de la vaccination en anneau. La nature expérimentale du vaccin a été perçue comme étant particulièrement problématique : « *Je ne l'accepterai jamais...on nous traite comme des souris de laboratoire...les équipes de riposte doivent cesser de nous tuer. Ça suffit !* » (Novetta, juillet).

La confusion se poursuit autour des critères d'éligibilité pour recevoir le vaccin. Une enquête menée par Oxfam dans les zones de santé de Goma et Nyiragongo (n=432, août 2019) a révélé que tandis que 68 % des personnes interrogées avait connaissance du vaccin, seulement 40 % d'entre elles avait reçu des informations relatives aux circonstances selon lesquelles un individu était susceptible de le recevoir. De même, une enquête réalisée par le CASS auprès de membres du personnel de santé, également à Goma (n=84, août 2019) a révélé que moins de la moitié d'entre eux comprenaient les critères d'éligibilité : 46 % des personnes interrogées estimaient que « *tout le monde* » pouvait être vacciné ; 38 % ont confirmé que les membres du personnel de santé pouvaient être vaccinés ; et 16 % ont confirmé que les contacts Ebola pouvaient être vaccinés.

Dans un contexte déjà extrêmement politisé, l'introduction planifiée du vaccin contre le virus Ebola développé par Johnson & Johnson¹² a été accompagnée de plusieurs inquiétudes communautaires et de la recirculation d'informations erronées et fallacieuses précédemment exprimées au sujet du vaccin développé par Merck (Novetta, juillet-août). Peu d'informations sont partagées en ce qui concerne l'introduction du deuxième vaccin à la radio ou sur les réseaux sociaux locaux, pourtant, de nouvelles questions ont déjà été soulevées parmi les données issues des retours communautaires recueillis par la FICR, comme par exemple « *Pourquoi a-t-on apporté une modification majeure au vaccin, ce nouveau vaccin est-il le vrai ?* » et « *Une personne qui a été vaccinée peut-elle recevoir le vaccin une deuxième fois ?* » Cette question est également préoccupante dans la mesure où le vaccin développé par

Johnson & Johnson est un vaccin de rappel, dont la deuxième dose doit être administrée 56 jours après la première. En outre, les soupçons qui pèsent sur le vaccin développé par Johnson & Johnson ont été liés au fait qu'il avait précédemment été bloqué par l'ancien ministre de la Santé, le Dr. Illunga (qui a démissionné le 22 juillet 2019) et les communautés s'interrogent quant au fait qu'il puisse s'agir d'un nouveau moyen de propager le virus Ebola, d'un nouveau moyen de tirer profit de l'épidémie ou qu'il s'agisse du « vrai » vaccin et du fait que l'« ancien » n'est plus efficace.

Pratiques funéraires : De manière générale, les données en matière de science sociale et comportementale recueillies au cours de la période comprise entre juin et août 2019 indiquent une acceptation modérée à élevée des pratiques des enterrements dignes et sécurisés, y compris dans les zones précédemment sensibles.¹³ Une étude réalisée par le CASS (n=424, juin 2019) a révélé que 41 % des membres de la communauté à Butembo/Katwa avaient interagi avec une équipe chargée des pratiques d'EDS. Dans le cadre d'une brève enquête CAP menée parmi des femmes à Beni en juin-juillet 2019, le CASS a demandé aux participantes ce qu'elles feraient si une personne était soupçonnée d'être décédée du virus Ebola au sein de leur communauté : 44 % des femmes ont déclaré qu'elles informeraient la Croix-Rouge ; 24 % qu'elles informeraient les dirigeants locaux ; 21 % qu'elles appelleraient le « numéro vert » (c'est-à-dire le numéro d'assistance/d'alerte) ; et 11 % qu'elles ne feraient rien. Dans la même étude, seulement 14 % des personnes interrogées ont indiqué qu'elles accepteraient qu'une personne n'appartenant pas à la famille inhume un cas de virus Ebola, tandis que dans le cadre d'une étude connexe réalisée par le CASS auprès de femmes à Bunia (n=397, juillet 2019), 52 % ont indiqué qu'elles accepteraient cela. L'enquête interprovinciale réalisée par la HHI (n=5,739, août 2019) a révélé que seulement 25 % des personnes interrogées accepteraient qu'un membre du personnel médical prépare un cadavre à la place d'un membre de la famille pour une inhumation (bien que ce pourcentage soit augmenté à 85 % à Beni et 51 % à Goma, mais seulement à 37 % à Butembo). Les communautés continuent d'exprimer des inquiétudes en ce qui concerne les inhumations réalisées par les équipes d'EDS, notamment concernant les retards importants (arrivées tardives) et un manque de respect à l'égard des diverses pratiques habituelles de deuil. Une étude qualitative réalisée à Mandima a révélé que cela incluait ne pas laver le corps avant l'inhumation ; ne pas tresser les cheveux du défunt ; et inhumer des femmes enceintes avec le fœtus (CASS juin 2019 ; Search for Common Ground juin 2019 ; Oxfam juillet 2019). La surveillance des médias a identifié plusieurs témoignages dans les médias de rancœur vis-à-vis des équipes d'EDS, ainsi que des affirmations selon lesquelles les membres des équipes se montrent « agressifs » et ne communiquent pas avec les familles en deuil : « *Nous avons beaucoup de questions à leur poser mais ils ne nous écoutent pas, [ils nous adressent la parole] seulement si nous avons d'autres corps à leur donner* » (Novetta, juillet 2019). Parmi les retours communautaires et les diverses études qualitatives, les membres de la communauté continuent de soulever de nombreuses questions concernant les EDS : pourquoi le protocole d'inhumation doit-il être suivi pour les décès non liés au virus Ebola ; pourquoi les noms ne sont-ils pas inscrits sur les tombes des victimes du virus Ebola ; pourquoi les équipes de riposte sont-elles escortées par la police ; inquiétudes concernant le fait de creuser les tombes au préalable (qui contribue à renforcer l'opinion selon laquelle les équipes de riposte tuent délibérément les individus) ; inquiétudes en ce qui concerne les sacs mortuaires en plastique qui ne sont pas autodégradables dans la terre (et empêcher l'esprit du défunt d'accéder à l'au-delà ou les utiliser pour voler des organes) (CASS juin 2019 ; Search for Common Ground juin 2019 ; Novetta juin-juillet 2019). Des rapports dans les médias locaux, y compris sur WhatsApp, ont révélé plusieurs cas de groupes de jeunes s'introduisant dans les morgues pour tenter de voler les corps de leurs proches ou amis, puis prétendre qu'ils avaient vu des corps mutilés (Novetta, juin 2019). Les craintes et les inquiétudes à l'égard des EDS se poursuivent : « *Ces gens viennent nous tuer...habillés bizarrement avec ces combinaisons de protection, [ils] propagent le virus Ebola dans notre région* » (Novetta, juin). Toutefois, l'on constate également des demandes répétées que des équipements soient fournis aux communautés locales pour qu'elles réalisent leurs propres pratiques EDS et de jeunes dirigeants locaux à Katwa ont demandé à ce que des gants, des sacs mortuaires et des cercueils soient utilisés afin de montrer les procédures de PSFD aux membres de la communauté avant l'arrivée des équipes (CASS, juin 2019).

Survivants et soutien psychosocial : Il a été constaté que les survivants apportaient une contribution significative à l'obtention de la confiance de la communauté dans le cadre de la riposte contre le virus Ebola et de la présentation aux CTE (voir ci-dessus). Toutefois, leur visibilité accrue est également susceptible de générer des stigmatisations et des craintes communautaires supplémentaires concernant la transmission de la part des survivants, notamment la transmission par voie sexuelle (Novetta, juillet-août 2019). L'enquête basée sur la communauté menée par Oxfam à Goma (n=432, août 2019) a révélé que 44 % des personnes interrogées avaient exprimé des craintes au sujet des survivants, dues en grande partie à des inquiétudes liées au fait de contracter le virus par voie sexuelle ou par la salive, le sang ou d'autres fluides corporels. Une enquête menée par le CASS (n=424, juin 2019) a révélé que 65 % des personnes interrogées à Katwa (n=226) et 47 % à Butembo (n=198) estimaient que le virus Ebola pouvait se propager par voie sexuelle, une question également soulevée parmi les données issues des retours communautaires (FICR et Oxfam). Dans le cadre de l'enquête réalisée par la HHI au mois d'août (n=5,739), seulement 14 % du total des personnes interrogées estimaient que le virus Ebola pouvait se propager par voie sexuelle, mais ce pourcentage était augmenté à 45 % à Goma, à 33 % à Butembo et à 26 % à Beni. La surveillance des médias locaux a également révélé des inquiétudes accrues concernant la persistance du virus dans le sperme, « *les survivants [du virus Ebola] sont extrêmement dangereux car leur sperme conserve le virus pendant 506 jours et...les produits qu'ils ont ingéré pour guérir sont des stimulants sexuels* » (Novetta, août 2019). De même, les suggestions communautaires recueillies par FHI-360 dans la zone de santé de Musiene au mois d'août indiquaient également un accent mis sur la transmission par les survivants : « *Les patients atteints du virus Ebola qui ont guéri doivent être placés en quarantaine dans la mesure où le virus peut demeurer dans certains fluides corporels pendant 500 jours... Si la Coordination de riposte contre la maladie à virus Ebola ne s'occupe pas des personnes guéries du virus Ebola, la communauté s'en occupera... Car nous ne souhaitons pas les voir au sein de notre communauté tant que le virus n'aura pas disparu de leur corps* ».

Parmi les études ayant impliqué des survivants, nombre d'entre eux ont indiqué être souvent stigmatisés dès qu'ils avaient réintégré leur communauté, certains ont même déclaré avoir été évités par leurs proches (y compris leurs époux) et leurs amis (Search for Common Ground juin 2019 ; Bethesda juillet 2019 ; Novetta juillet 2019) : « *Mon mari était très amoureux de moi mais après ma maladie, les choses ont changé. Mon mari n'avait plus confiance en moi. Lorsque nous mangeons ensemble, il évite d'utiliser la même assiette que moi et semble ne plus avoir le même appétit qu'avant. Il a quitté le lit* » (Bethesda, Beni, juin-juillet 2019). La période de surveillance de 21 jours peut contribuer à la fatigue et à la stigmatisation, tandis que la distribution de kits alimentaires et les actions de décontamination ont exacerbé les tensions dans certaines régions : « *Je suis maintenant accusé de corruption [depuis que j'ai] reçu un cadeau de la part de la riposte* », « *La communauté et tous mes proches m'ont rejeté. Cela a commencé le jour où ma maison a été décontaminée* » (CASS, mai 2019). L'analyse des conflits réalisée par Search for Common Ground à Butembo (juin 2019) a révélé que certains survivants n'avaient pas reçu les informations essentielles quant à la manière de surmonter les défis post-récupération en

matière de santé et à qui s'adresser pour demander de l'aide. Pourtant, d'autres familles ont bénéficié de manière significative d'une assistance psychosociale régulière, y compris des actions destinées à aborder le deuil et la commémoration menées par le Bethesda Counseling Center à Beni. Parmi leurs retours, les communautés sollicitent régulièrement le renforcement de ces interventions : « *En tant que survivants du virus Ébola, nous souhaitons étendre ce programme à plusieurs autres régions, vous rendre dans les villes et les villages. Il y a tellement de personnes qui ont besoin de votre soutien* » (Bethesda, Beni, juin-juillet 2019).

Perceptions communautaires de la riposte : Les données indiquent à la fois des niveaux croissants et décroissants de soutien à la riposte contre le virus Ébola au sein de la région, ce qui rend les tendances difficiles à évaluer. Néanmoins, les demandes étaient régulièrement axées sur la nécessité d'une meilleure localisation de la riposte et d'un leadership communautaire plus important afin d'éradiquer l'épidémie. Ceci a souvent mis en évidence l'implication accrue des membres du personnel de santé local, des dirigeants (chefs communautaires traditionnels, chefs religieux, femmes, jeunes), des organisations de la société civile (y compris les médias et les journalistes) et des membres de la communauté (tels que les membres du personnel de santé communautaire), qui parlent la langue locale et sont connus au sein des réseaux sociaux locaux (CASS juin 2019 ; Search for Common Ground juin 2019). L'analyse réalisée par Novetta a révélé que les observations les plus négatives dans les médias locaux étaient axées sur les équipes de riposte internationales et les ONG, tandis que les observations plus positives mettent en évidence le travail réalisé par les intervenants locaux (Novetta, juillet 2019).

Les données recueillies au niveau communautaire ont réitéré les demandes pour que des ressources soient fournies directement aux intervenants communautaires afin de mettre en œuvre des solutions locales, ainsi que des demandes d'informations supplémentaires et de davantage de transparence et de responsabilité. En juin 2019, 68 % des femmes interrogées dans le cadre de l'étude réalisée par le CASS à Beni (n=398) ont indiqué qu'un nombre insuffisant de femmes étaient intégrées dans la riposte, et des études menées en juin par le CASS ont révélé que seulement 13 % des personnes interrogées à Katwa (n=226) et 44 % à Butembo (n=198) estimaient que « *tous les niveaux* » de la société étaient impliqués dans la riposte contre le virus Ébola. La majorité des membres de la communauté ne comprennent pas la fonction des différentes interventions et certains d'entre eux perçoivent la multitude de partenaires comme étant le signe d'une riposte fragmentée avec plusieurs organisations en concurrence les unes contre les autres pour l'obtention de ressources et du contrôle (Novetta juin-août 2019, Oxfam juin-juillet 2019). Néanmoins, une étude CAP menée auprès de membres communautaires à Katwa afin d'évaluer les activités liées à la prévention et au contrôle du virus Ébola réalisées par les ONG (n=196, juin 2019) a révélé que 40 % des personnes interrogées avaient participé à au moins une réunion communautaire sur le virus Ébola, et que la majorité d'entre elles faisaient preuve de niveaux d'acceptation élevés vis-à-vis des activités de contrôle du virus Ébola.

Les données socio-comportementales correspondant à cette période de référence indiquent également une grande diversité de perceptions négatives à l'égard des agents de riposte qui agissent en tant qu'obstacles au renforcement de la confiance et de l'acceptation mutuelle, y compris des déclarations selon lesquelles les équipes de riposte font preuve de comportements agressifs et/ou d'un sentiment de supériorité ou de mépris ; la longueur des procédures et les arrivées tardives ; ainsi que la perception d'un manque apparent de bienséance (par exemple, porter des écouteurs en parlant avec les gens et porter des vêtements inappropriés). Les enquêtes CAP menées par le CASS à Butembo/Katwa (n=424, juin 2019) et Beni (n=398, juin 2019) ont révélé que plus de la moitié de l'ensemble des personnes interrogées estimaient que les membres du personnel de riposte ne disposaient pas d'informations suffisantes pour répondre aux questions de la communauté.

L'idée selon laquelle des responsables politiques locaux ont été « *achetés* » par la riposte continue de circuler à grande échelle, et ont gagné du terrain parmi les médias locaux suite à la démission de l'ancien ministre de la Santé de la RDC, le Dr. Oly Ilunga. Les affirmations du gouvernement selon lesquelles l'épidémie sera éradiquée dans un délai précis (à savoir, dans trois mois, ou d'ici la fin de l'année) contribue également à renforcer l'idée que les équipes de riposte sont en mesure de contrôler l'épidémie et propagent délibérément le virus à des fins lucratives. Ces perceptions sont en outre exacerbées par le fait que la riposte a contribué à augmenter les revenus de certains commerçants et hommes d'affaire (qui a été désigné sous le nom de « *Zone d'activités commerciales Ébola* », Search for Common Ground, juin 2019), mais ont réduit le pouvoir d'achat du foyer moyen. Le déploiement sans précédent de logistique et de personnel continue de renforcer l'idée selon laquelle l'épidémie a été fabriquée de toutes pièces à des fins lucratives : « *Le virus Ébola est un commerce. Une simple épidémie a mobilisé tous ces différents acteurs mais nous nous posons la question de savoir pourquoi le choléra, la rougeole et d'autres maladies sont loin de susciter la même mobilisation que le virus Ébola* » (CASS, Beni, juillet 2019). Parmi l'ensemble des observations exprimées par le biais des mécanismes de retour communautaire établis par la FICR entre le 22 juillet et le 16 août 2019, 5 % (1 463 / 31 198 observations) associaient le virus Ébola et la riposte à l'argent et à la politique : « *Le virus Ébola représente l'opportunité pour certaines personnes de gagner de l'argent au lieu de soigner les malades* » et « *Le virus Ébola n'est pas réel, vous, qui œuvrez à la promotion de la santé, êtes ici à des fins lucratives* ». Au total, 12 % des observations affirmaient que le virus Ébola n'existe pas et qu'il a été fabriqué de toutes pièces pour des raisons financières : « *Le virus Ébola a été fabriqué de toutes pièces par certaines personnes cupides*. ». Les communautés continuent de soulever des questions urgentes concernant l'utilisation des ressources et la durabilité des investissements en matière de santé, et certains demandent que les fonds consacrés au virus Ébola soient utilisés pour rénover les établissements médicaux, les laboratoires et les instituts de formation au sein de la région et que les ressources soient réorientées pour investir dans des infrastructures, y compris l'accès à l'eau potable, notamment pour les écoles et les établissements de santé (Search for Common Ground juin 2019, Oxfam juin-juillet 2019).

Violence et insécurité : Les questions relatives à la sécurité demeurent une priorité communautaire absolue, souvent sur et au détriment du virus Ébola. L'analyse réalisée par Novetta a suggéré que la couverture médiatique locale du virus demeurait fortement influencée par la situation relative à la sécurité. Lorsque des mouvements sont perpétrés par les Forces démocratiques alliées (ADF) et les Forces Armées de la République Démocratique du Congo (FARDC), la couverture consacrée au virus Ébola diminue au cours des semaines qui suivent (Novetta, juin-août 2019). Les communautés continuent d'exprimer de la frustration, dans la mesure où elles ne considèrent pas l'ONU et MONUSCO comme abordant de manière efficace la violence en cours.

La recrudescence de la violence depuis le mois de juin à Beni (y compris une attaque perpétrée sur une mairie par un réseau de militants de l'ADF affilié à ISIS en août 2019) a été perçue par certains membres de la communauté comme détournant l'attention de la flambée épidémique dans la mesure où les incidents liés à l'insécurité continuent de générer la réduction des activités de riposte (suivi de contact, vaccination etc.) tandis que d'autres membres de la communauté exigent que les ressources soient éloignées de la riposte contre le virus Ébola afin de renforcer les opérations de sécurité. Certaines communautés ont appelé au renforcement des groupes

de défense armée civils et ont organisé plusieurs « *ville morte* » afin d'attirer l'attention sur le nombre croissant de décès générés par les attaques perpétrées par l'ADF (Novetta, juin-août 2019). Fin août, les épisodes survenus à Beni lors desquels Veranda Mutsanga et La Lucha (plus marquants à Goma), deux groupes de pression sociale/de mouvements de jeunesse, ont mis un terme à leur soutien actif à la riposte en signe de protestation politique et ont appelé à l'interruption des activités de riposte contre le virus Ébola basées sur la communauté (Novetta, août 2019).

La violence et l'insécurité continuent également de constituer une menace directe à l'encontre des membres du personnel de santé et d'autres membres des équipes de riposte contre le virus Ébola avec de récentes attaques perpétrées sur le convoi du ministre de la Santé, le pillage de centres de dépistage du virus Ébola et l'incendie de véhicules de riposte (Novetta, juin-juillet 2019). Les enquêtes menées par le CASS auprès de membres du personnel de santé à Beni (N=46, juin 2019) et Bunia (n=80, juillet 2019) ont révélé que la moitié de l'ensemble des personnes interrogées craignaient d'être attaquées par leur communauté et qu'environ un tiers d'entre elles craignaient qu'une attaque ne soit perpétrée sur leur établissement de santé. Des données qualitatives recueillies à Butembo, Katwa et Mandima (CASS, mai-juillet 2019) ont révélé que les membres du personnel de santé étaient confrontés en permanence à des menaces et à des accusations selon lesquelles ils « *travaillent pour Ébola* » et sont payés par la riposte pour envoyer des patients aux CTE.

Études incluses dans la note stratégique de synthèse

Organisations	Description de l'étude	Période de collecte des données	Méthodes
Bethesda Counseling Center –Congo Initiative	Programme d'intervention psychosociale	Juin – juillet 2019	25 témoignages avec les familles de survivants du virus Ébola dans les quartiers de Kangaambi et Vingazi à Beni
CASS	Étude des motifs des retards dans les parcours thérapeutiques	Avril 2019	10 groupes de discussion et 50 entretiens approfondis avec des membres de la communauté, des dirigeants locaux, des agents sanitaires, des bénévoles communautaires et des membres de l'équipe de riposte. Études réalisées dans 5 zones de santé à Beni (2), Mandima (1) et Mabalako (2).
CASS	Obstacles et facteurs de motivation à la participation à l'enregistrement et au suivi de contacts Ébola	Mai 2019	9 groupes de discussion et 34 entretiens (contacts, RECO, chercheurs, non-contacts) à Butembo et Katwa.
CASS	Enquête CAP à Butembo/Katwa	Juin 2019	Enquête menée auprès de 424 participants (264 hommes et 160 femmes) à Butembo et Katwa
CASS	Contexte socioculturel à Mangina	Juin 2019	56 groupes de discussion et 35 entretiens individuels au sein de 7 zones de santé à Mangina.
CASS	Connaissance, perceptions, attitudes et pratiques inhérentes au risque lié au virus Ébola parmi les membres du personnel de santé à Beni, Butembo et Katwa	Juin 2019	Enquête menée auprès de 105 membres du personnel de santé dans des établissements de santé publics et privés à Beni (46), Butembo (41) et Katwa (18).
CASS	Brève enquête CAP menée auprès de femmes à Beni	Juin-juillet 2019	Enquête menée auprès de 398 femmes au sein de 12 zones de santé à Beni.
CASS	Perceptions et utilisation des kits PCI-WASH distribués à des foyers touchés par des cas de virus Ébola	Juillet 2019	Enquête menée auprès de 103 foyers dans 4 zones de santé à Butembo et 8 à Katwa
CASS	Perceptions et causes éventuelles de la transmission du virus Ébola dans les « zones sensibles » de Beni	Juillet 2019	24 groupes de discussion et 118 enquêtes menées dans les zones de santé de Butsili, Ngongolio et Kanzulinzuli à Beni.
CASS	Perceptions communautaires du Centre de Traitement d'Ébola (CTE) à Kanyaruchinya (zone de santé de Nyiragongo).	Juillet 2019	24 groupes de discussion (192 participants) et 11 entretiens individuels à Kanyaruchinya (zone de santé de Nyiragongo).
CASS	Enquête CAP à Bunia	Juillet 2019	Une enquête menée auprès de 397 femmes dans 15 zones de santé à Bunia et Rwampara
CASS	Enquête CAP menée à Bunia et Rwampara auprès de membres du personnel de santé	Juillet 2019	Enquête menée auprès de 80 intervenants issus de 32 structures de santé dans 19 zones de santé, y compris des membres du personnel d'établissements privés (43), publics (15), traditionnels (21) et d'hôpitaux (1).
CASS	Étude des implications des médecins traditionnels (guérisseurs traditionnels)	Août 2019	14 groupes de discussion (8 avec des médecins traditionnels, 6 avec des clients) et 27 entretiens individuels (14 avec des membres des commissions WASH/PCI et 13 avec des médecins traditionnels) dans 9 zones de santé à Beni (4), Mandima (3) et Mabalako (2).
CASS	Enquête CAP à Goma auprès de membres du personnel de santé	Août 2019	Enquête menée auprès des membres du personnel de 84 structures de santé (publiques, privées et traditionnelles) dans les zones de santé de Goma (19), Karisimbi (45) et Nyirangongo (20)
FHI 360	Données qualitatives issues de retours communautaires	Août 2019	20 groupes de discussion dans 5 zones de santé (Katwa, Butembo, Bunia, Nyakasanza, et Komanda) et 4 entretiens approfondis avec des dirigeants traditionnels.
Harvard Humanitarian Initiative (HHI)	Enquête menée à grande échelle	Juillet – août 2019	Échantillonnage aléatoire d'adultes (n=5 739) originaires de la province du Nord-Kivu (n=2 267), de la province du Sud-Kivu (2 316), et de la province de l'Ituri (n=1 156).
FICR	Tableau de bord des retours communautaires en ligne contenant des données qualitatives relatives à la perception	Juin – août 2019	Total de 27 977 observations issues de retours communautaires, 30 128 questions et 28 776 suggestions. Des informations complémentaires relatives au système et à la méthodologie sont indiquées ici : https://odihpn.org/magazine/bringing-community-perspectives-decision-makingebola-response-democratic-republic-congo/
Novetta	Analyse sociale PALM	Juin – août 2019	Trois enquêtes menées auprès de participants sélectionnés de manière aléatoire : Beni (n=200) Butembo/Katwa (n=350)

			Mangina (n=50). Échantillonnage de la surveillance des médias traditionnels, 19 000 citations enregistrées et 3 000 articles de source libres, transcriptions d'émissions de radio, et communiqués de presse. La surveillance des réseaux sociaux a couvert 1 500 utilisateurs de WhatsApp, 25 pages communautaires, et environ 3000 tweets par mois.
Oxfam	Retours communautaires recueillis lors de réunions communautaires, sensibilisations de masse, réunions d'informations, émissions radio, sensibilisation porte à porte, et en utilisant le détecteur de perception communautaire (CPT).	Juin – juillet 2019	323 déclarations issues de retours communautaires à Beni (117), Butembo (107), Katwa (67), Mandima/Mabalako (31), et Nyiragongo (1).
Oxfam	Enquête CAP visant à évaluer les activités réalisées par les ONG liées à la prévention et au contrôle du virus Ebola	Août 2019	Une enquête menée auprès de 196 foyers dans 4 zones de santé à Katwa.
Oxfam	Enquête CAP menée dans les zones de santé de Goma et Nyiragongo	Août 2019	Enquête menée auprès de 432 foyers dans 5 zones de santé à Goma et Nyiragongo.
Search for Common Ground	Tupone Wote Pamoja (Analyse de conflit, Butembo, province du Nord-Kivu)	Juin 2019	24 groupes de discussion et 27 entretiens d'intervenants clés à Butembo (Kayna, Katwa, Nyiragongo, Mbiza, Karisimbi et Rwanguba).

Références et notes

¹ SSHAP (2018). « Compilation de données en matière de science sociale et comportementale – Novembre 2018 ».

https://opendocs.ids.ac.uk/opendocs/bitstream/handle/20.500.12413/14144/SSHAP_compilation_de_donnees_en_matiere_de_sciences_sociales_et_comportementales_fr.pdf?sequence=32&isAllowed=y

SSHAP (2019). « Compilation de données en matière de sciences sociales et comportementales, flambée épidémique du virus Ebola, novembre 2018 - février 2019 ».

https://opendocs.ids.ac.uk/opendocs/bitstream/handle/20.500.12413/14389/SSHAP_Compilation_EVD%20March_2019_fr.pdf?sequence=33&isAllowed=y

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

https://opendocs.ids.ac.uk/opendocs/bitstream/handle/20.500.12413/14558/SSHAP_Compilation_de_donnees_en_matiere_de_sciences_sociales_et_comportementales_3_fevrier_mai_2019.pdf?sequence=39&isAllowed=y

² WHO, External Situation Report 62, 8 October 2019.

³ WHO, External Situation Report 62, 8 October 2019.

⁴ WHO External Situation Report 46, 18 June 2019.

⁵ Des informations complémentaires relatives au système et à la méthodologie peuvent être consultées sur <https://odihpn.org/magazine/bringing-community-perspectives-decision-makingebola-response-democratic-republic-congo/>

⁶ Toutes les positions sont basées sur la fréquence et ont été fournies par les CDC et la FICR.

⁷ Il y avait 716 questions dans la catégorie « autre » en juin. « Autre » est un groupe extrêmement hétérogène d'observations qui ne correspondent à aucun code de la liste de codage actuelle utilisée par les CDC pour analyser les données. Les questions figurant dans la catégorie « Autre » sont régulièrement consultées afin d'identifier de nouveaux codes, bien qu'en raison de la charge de travail élevée, le recodage de données précédentes avec de nouveaux codes ne soit pas encore possible. Les déclarations codées sous la catégorie « Autre » incluaient : Pourquoi les membres du personnel de santé veulent-ils s'enrichir grâce au décès d'autres personnes alors qu'ils connaissent la vérité au sujet du virus Ebola ? Pourquoi nous empêchez-vous de manger de la viande, alors que la viande de souris est un médicament pour les enfants ? Pourquoi ne nous fournissez-vous pas d'eau pendant la saison sèche ? Quelle est la résistance au virus Ebola ? Pourquoi les membres de l'OMS ne mettent-ils pas tout en oeuvre pour éradiquer cette maladie à virus Ebola ? Le gouvernement peut-il placer en quarantaine des régions affectées ? Pourquoi donne-t-on de l'argent à une personne qui signale une victime du virus Ebola ? L'encombrement dans les transports en commun n'est-il pas un moyen d'exacerber l'infection à virus Ebola ? Pourquoi ne pas fermer toutes les barrières sur la route entre Butembo et Goma afin d'éviter la propagation du virus Ebola ? Si le virus Ebola existe vraiment, pourquoi ne pas l'éradiquer ? Pourquoi l'État semble-t-il négliger la maladie à virus Ebola ? Pourquoi laisse-t-on les passages libres pendant la nuit, le virus Ebola ne peut-il pas se transmettre pendant la nuit ? Pourquoi les autorités demeurent-elles calmes et n'interviennent-elles pas en ce qui concerne le virus Ebola ?

⁸ Il y avait 854 questions dans la catégorie « autre » en août 2019. Les questions codées sous la catégorie « Autre » incluaient : Pourquoi le ministre de la Santé a-t-il démissionné ? Qu'attendez-vous de la communauté par le biais de cette épidémie de maladie à virus Ebola ? Comment pouvons-nous nous protéger du virus Ebola lorsque nous utilisons les transports publics ? Comment pouvez-vous expliquer que la famille d'une victime s'enrichisse après son décès ? Comment pouvez-vous savoir si une personne a contracté la maladie à virus Ebola alors que vous ne l'avez pas testée ? Quelles sont les mesures recommandées concernant les transports publics pour lutter contre la flambée épidémique d'Ebola ? Comment pouvons-nous nous protéger contre la maladie à virus Ebola dans un bus ou sur une moto ? Après l'éradication de l'épidémie, des agents de surveillance continueront-ils à travailler au sein de la communauté ? L'église catholique n'a-t-elle pas encore vendu des concessions aux intervenants ? Pourquoi attendez-vous que les gens tombent malades avant d'intervenir ? Le chlore concentré ne peut-il pas causer certaines maladies à long terme ? Pourquoi e pas donner le Thermoflash aux conducteurs de l'intercity ? Pourquoi abusez-vous des gens avec votre maladie à virus Ebola ? Comment expliquez-vous [le fait] que le virus Ebola ait ravagé Beni-Butembo, et qu'il n'y ait aucun traitement là-bas, mais qu'à Goma on peut le trouver immédiatement ? Pourquoi le virus Ebola est-il devenu un tel drame dans la province du Nord-Kivu ?

⁹ Au cours de la période comprise entre le 1er janvier 2019 et le 23 septembre 2019, il est estimé que 14 % (362/2,561) des infections de maladie à virus Ebola représentent une éventuelle infection nosocomiale (IN), d'après le dernier rapport de situation de l'OMS. Au cours de cette même période, 105 infections de membres du personnel de santé (MPS) ont été signalées, soit 4 % du total des infections (106/2 561). De manière générale, Katwa HZ a indiqué la majorité des infections de MPS (32 %, 34/106). WHO external situation report 62, 8 October 2019.

¹⁰ Au cours de cette période, un total de 129 cas confirmés a été signalé, la majorité en provenance des zones de santé de Mambasa (25 %, n=32 cas), Mandima (19 %, n=25 cas), Kalunguta (17 %, n=22 cas) et Beni (11 %, n=14 cas). WHO External Situation Report 46, 18 June 2019.

¹¹ Parmi eux, 56 512 sont des contacts et 159 882 des contacts de contacts. Le nombre total de vaccins comprend 50 035 MPS/FLW. WHO external situation report 62, 8 October 2019.

¹² <https://www.who.int/news-room/detail/23-09-2019-second-ebola-vaccine-to-complement-ring-vaccination-given-green-light-in-drc>

¹³ D'après le dernier rapport de situation de l'OMS, au cours de la semaine du 7 octobre 2019, 525 alertes PFSD ont été enregistrées dans 26 zones de santé. Parmi elles, 429 (94 %) ont présenté une intervention réussie. Deux zones de santé ont chuté sous la référence de réussite de 70 % à Nyankunde et Masisi.

Contact

Veillez nous contacter si vous avez une demande directe relative à la riposte au virus Ebola en RDC, ou concernant les notes stratégiques de la SSHAP, 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), Olivia Tulloch (oliviatulloch@anthrologica.com) et Santiago Ripoll (s.ripoll@ids.ac.uk). Centres de liaison clés Plateforme : UNICEF (ebraud@unicef.org); OMS (falerom@who.int) et (barryr@who.int); IFRC (ombretta.baggio@ifrc.org); Commission Communication en RDC (jdshadid@unicef.org); CASS en RDC (nina.gobat@phc.ox.ac.uk)