

Compilation de données en matière de science sociale et comportementale (#5), flambée épidémique du virus Ébola, Est de la RDC, septembre-novembre 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, du Sud-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 jeux de données. Dans la mesure du possible, cette note prend également en compte les différences par zone géographique, groupe démographique, période de temps et autres variables pertinentes. Les sources de données sont indiquées à la fin du document. Il s'agit de la cinquième compilation d'analyses de données élaborée par la Plateforme Social Science in Humanitarian Action (SSHAP) et elle est axée sur des données générées entre septembre et novembre 2019. Elle est fondée sur les quatre notes stratégiques de compilation de données précédentes, (#1 : août à octobre 2018 ; #2 : novembre 2018 à janvier 2019 ; #3 : février à mai 2019 ; #4 : juin à août 2019).¹

Cette compilation de données a été réalisée par Kevin Bardosh (Université de Washington), Theresa Jones et Olivia Tulloch (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 Traducteurs sans Frontières (TSF), de Novetta, de World Vision/l'Université catholique de Bukavu et de l'organisation Search for Common Ground. Des indicateurs clés de performance inhérents aux activités de riposte sont systématiquement recueillis par le Ministère de la Santé et par l'OMS.²

Retours communautaires : thèmes, questions et suggestions

Plusieurs organisations, y compris la FICR ainsi que la Société nationale de la Croix-Rouge en RDC, l'UNICEF, l'OMS, Oxfam, et d'autres ONG et des partenaires locaux continuent de compiler des retours communautaires 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.

Une nouvelle initiative consiste à regrouper des partenaires impliqués dans la collecte de retours communautaires avec la plateforme d'engagement des jeunes U-Report afin de renforcer la coordination et de générer des actions et des changements au sein de la riposte sur la base d'une participation communautaire.³

Entre septembre et novembre 2019, des données ont été extraites des retours communautaires recueillis par la FICR par plus de 850 bénévoles.⁴ 36 698 thèmes de retour communautaire ont été classés en tant que rumeurs, observations ou croyances, la catégorie la plus fréquente portait sur les caractéristiques et les conséquences du virus Ébola. Des thèmes associés au fait que le virus Ébola ait été propagé par le gouvernement ou des tiers, les soupçons autour du vaccin ainsi que le rejet, et des préoccupations quant à la qualité du système de santé continuent de dominer. Le tableau ci-dessous présente les cinq thèmes les plus fréquemment identifiés (le thème classé en 1^{ère} position représentant le thème le plus fréquemment abordé).⁵

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

| | Septembre 2019 | Octobre 2019 | Novembre 2019 |
|---------------------------------|--|---|---|
| | 11 269 codages | 13 335 codages | 12 094 codages |
| | Beni, Bunia, Butembo, Goma, Karisimbi, Katwa, Komanda, Mabalako, Mambasa, Mandima, Nyiragongo, et Oicha, | Beni, Bunia, Butembo, Goma, Kalunguta, Karisimbi, Katwa, Komanda, Mabalako, Mambasa, Mandima, Nyiragongo, Oicha, Rwampara | Beni, Bunia, Butembo, Goma, Kalunguta, Karisimbi, Katwa, Komanda, Mabalako, Mambasa, Mandima, Nyiragongo, Oicha |
| 1^{ère} position | Caractéristiques et conséquences du virus Ébola | Caractéristiques et conséquences du virus Ébola | Caractéristiques et conséquences du virus Ébola |
| 2^e 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 |
| 3^e position | Le virus Ébola constitue une activité commerciale organisée | Le virus Ébola constitue une activité commerciale organisée | Le virus Ébola constitue une activité commerciale organisée |
| 4^e position | Critiques ou observations du système de santé | Critiques ou observations de la riposte | Soupçons autour du vaccin et rejet |
| 5^e position | Critiques ou observations de la riposte | Soupçons autour du vaccin et rejet | Critiques ou observations de la riposte |

L'analyse des points de données classés dans la catégorie « Caractéristiques et conséquences du virus Ébola » indiquent une augmentation des déclarations relatives au terme de la flambée épidémique ou une baisse du nombre de cas de virus Ébola. Les questions inhérentes au fait de savoir si les activités de riposte se poursuivraient si la flambée épidémique prenait fin et les demandes relatives à la poursuite des activités de riposte ont augmenté. Des questions inhérentes à la raison pour laquelle les activités de riposte se poursuivaient malgré la baisse du nombre de cas ont été relevées et l'on a également constaté une réduction des soupçons autour des agents de riposte. Les déclarations relatives au terme de la flambée épidémique étaient plus importantes dans les zones « à faible risque » (Goma, Karisimbi, Nyiragongo, Bunia) et plus faibles dans les zones « à risque » (Mabalako (Bingo uniquement), Mambasa, Mandima (Biakato Mines uniquement), Oicha, Kalunguta).⁶

Le tableau suivant indique une sélection des suggestions les plus fréquemment formulées telles que documentées parmi les retours communautaires recueillis par la FICR entre septembre et novembre 2019, regroupées par thème principal, et non par ordre de fréquence.

Rumeurs, observations et croyances des membres de la communauté, recueillies par les bénévoles de la Croix-Rouge

| | |
|--|--|
| Caractéristiques et conséquences du virus Ebola | Le virus Ebola n'existe plus. La communauté pas été atteinte de la maladie à virus Ebola. Le virus Ebola existe. La population sait que la maladie existe mais les agents de riposte recrutent du personnel qui n'a pas la capacité à traiter des patients, c'est la raison pour laquelle la population est réticente. Le virus Ebola est une maladie contagieuse. Les membres de la communauté sont satisfaits car c'est bientôt la fin de l'épidémie. Certaines personnes affirment que la maladie touche à sa fin, mais la population craint les personnes qui collaborent à la riposte car elles font des essais avec la maladie. Le virus Ebola affecte les personnes les plus démunies. |
| Le virus Ebola a été propagé par une intervention du gouvernement ou de tiers | Le virus Ebola est une maladie politisée. Le virus Ebola est une stratégie politique / politique de du gouvernement congolais. le virus Ebola est une maladie inventée ou créée par les Blancs pour éliminer les Africains. |
| Le virus Ebola constitue une activité commerciale organisée | Vous ne voulez pas que le virus Ebola prenne fin car cette maladie vous fait gagner beaucoup d'argent. Le virus Ebola est une activité commerciale du gouvernement. Le virus Ebola est une activité commerciale pour les étrangers. Il s'agit d'une maladie commerciale créée pour que le gouvernement puisse bénéficier d'une aide financière. |
| Critiques ou observations du système de santé | Nous avons peur de nous rendre dans les hôpitaux car lorsque l'on emmène directement un patient dans un centre de traitement d'Ebola (CTE), il est isolé de ses proches. Ces derniers temps, les infirmières ne s'occupent pas des malades. Les médecins abandonnent les patients sans s'occuper des malades. Les médecins ne traitent pas les patients correctement. Nous avons peur d'emmener nos patients à l'hôpital parce qu'on dit que vous leur injectez le virus Ebola. Les gens meurent chez eux parce qu'ils ont peur de se rendre à l'hôpital et d'être contaminés. |
| Critiques ou observations de la riposte | Le message inhérent au virus Ebola n'a pas été diffusé correctement par la première équipe de riposte, c'est la raison pour laquelle la maladie s'est propagée. Les sauveteurs sont aussi complices dans l'affaire du virus Ebola. Votre thermo-flash ne donne pas une température exacte et précise. Vous inventez des mensonges pour que les gens meurent de la maladie. Au poste de douane, les dirigeants ne sortent pas de leurs véhicules pour se laver les mains. Ce sont les agents de la Croix-Rouge qui propagent la maladie lors de leurs opérations de sensibilisation. C'est l'eau chlorée qui va créer le véritable virus Ebola. |
| Soupçons autour du vaccin et rejet | Le vaccin est mortel. Votre vaccin contre la rougeole n'est pas contre la rougeole, mais contre le virus Ebola, il s'agit d'une politique. La réticence est créée par les agents de riposte lorsqu'ils déclarent que les personnes atteintes d'une maladie chronique, les femmes enceintes et les enfants âgés de moins de 5 ans ne doivent pas être vaccinés, mais aujourd'hui, votre vaccin est devenu obligatoire partout. La maladie subsiste parce que l'équipe de riposte ne parvient pas à mettre en place le vaccin dans tous les centres de santé. Le vaccin est empoisonné. le vaccin tue. Dans cinq ans, toutes les personnes qui ont été vaccinées vont mourir. Vos vaccins provoquent des fausses couches. Votre vaccin contre le virus Ebola n'est pas efficace contre le virus Ebola. |

Au cours de la période considérée, 32 242 questions issues des retours communautaires recueillis par la FICR ont été signalées, recueillies et analysées. Les tableaux ci-dessous présentent les thèmes inhérents aux questions les plus fréquemment posées (le thème classé en 1ère position représentant le thème le plus fréquemment abordé) ainsi que les questions identifiées à plusieurs reprises (regroupées par thème principal, et non par ordre de fréquence). Les questions relatives au virus Ebola et à ses conséquences demeurent les plus courantes, toutefois, au cours de cette période, les questions portaient clairement sur « *Quand le virus Ebola prendra-t-il fin ?* »

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

| | Septembre 2019 | Octobre 2019 | Novembre 2019 |
|----------------------|--|---|---|
| | 9 247 codages | 12 082 codages | 10 913 codages |
| | Beni, Bunia, Butembo, Goma, Karisimbi, Katwa, Komanda, Mabalako, Mambasa, Mandima, Nyiragongo, Oicha, Rwampara | Beni, Bunia, Butembo, Goma, Kalunguta, Karisimbi, Katwa, Komanda, Mabalako, Mambasa, Mandima, Nyiragongo, Oicha, Rwampara | Beni, Bunia, Butembo, Goma, Kalunguta, Karisimbi, Katwa, Komanda, Mabalako, Mambasa, Mandima, Nyiragongo, Oicha |
| 1ère position | Virus Ebola et ses conséquences | Virus Ebola et ses conséquences | Virus Ebola et ses conséquences |
| 2e position | Procédures de riposte | Procédures de riposte | Vaccin |
| 3e position | Diagnostic, traitement, CTE, système de santé | Vaccin | Procédures de riposte |
| 4e position | Autres questions ⁷ | Diagnostic, traitement, CTE, système de santé | Diagnostic, traitement, CTE, système de santé |
| 5e position | Vaccin | Autres questions ⁸ | Autres questions ⁹ |

Questions posées par les membres de la communauté, recueillies par les bénévoles de la Croix-Rouge

| | |
|---|---|
| Virus Ébola et ses conséquences Vulnérabilité, propagation et mortalité. | Quand le virus Ébola prendra-t-il fin ? Depuis le début de la propagation de la maladie à virus Ébola, combien de cas ont-ils été recensés ? Le virus Ébola existe-t-il ? Pourquoi le virus Ébola ne tue-t-il pas les animaux ? Quelles mesures peuvent-elles être prises pour éradiquer la maladie à virus Ébola ? D'où vient cette maladie ? Pourquoi le virus Ébola perdure-t-il plus longtemps chez les hommes que chez les femmes ? Pourquoi cette maladie a-t-elle perduré autant de jours ? |
| Procédures de riposte Questions relatives aux actions de riposte, à la coordination et à la sécurité. | Pourquoi continuez-vous à mener des actions de sensibilisation alors que l'on a déclaré que le virus Ébola avait pris fin ? Pourquoi les agents de riposte ne travaillent-ils pas la nuit ? Le virus Ébola en provenance de Mambasa dort-il la nuit parce que vous ne travaillez pas la nuit à l'entrée ? Comment pouvons-nous mettre un terme à cette maladie ? Pourquoi les hôpitaux sont-ils surveillés par des hommes armés ? Le virus Ébola va-t-il continuer à se propager en 2020 ? Au lieu de dépenser de l'argent pour alimenter la télévision et autres, pourquoi ne pas distribuer aux populations ? |
| Diagnostic, traitement et prévention Stratégies et procédures thérapeutiques, mesures CPI. | Peut-on guérir du virus Ébola ? Pourquoi les patients qui se rendent dans les hôpitaux sont-ils directement transférés au CTE ? Pourquoi y avait-il autant de décès lorsque des médecins étrangers travaillaient au CTE ? Pourquoi les résultats du laboratoire ne sont-ils pas communiqués avant l'inhumation ? Comment une personne infectée par le virus Ébola peut-elle être examinée ? Que peut-on faire si l'on tombe malade et que l'on ne peut pas se permettre d'aller à l'hôpital ? |
| Vaccin Questions relatives à la stratégie de vaccination. | Pourquoi ne vaccinez-vous pas l'ensemble de la population ? Pourquoi nous vaccinez-vous ? Vous, les agents de la Croix-Rouge, êtes-vous certains de ce vaccin ? Pourquoi distribuez-vous de la nourriture uniquement aux contacts vaccinés ? Vous reprochez-vous de ne pas avoir affiché d'avis lorsque vous effectuez la vaccination ? Le Rwanda est-il prioritaire en ce qui concerne la vaccination ? Comment peut-on croire au vaccin contre le virus Ébola lorsque vous ne fournissez pas de vaccin contre d'autres maladies ? |

Le tableau suivant présente les thèmes les plus fréquents provenant des requêtes et suggestions issus des retours communautaires recueillis par la FICR (le thème classé en 1ère position représentant le thème le plus fréquemment abordé). Un total de 31 011 commentaires ont été classés en tant que requêtes ou suggestions. Les suggestions les plus fréquemment formulées concernaient le lavage des mains et le besoin d'autres équipements. Cela diffère des périodes de référence précédentes (février-mai, juin-août) lors desquelles la suggestion la plus fréquemment formulée concernait le développement du programme de vaccination.

Suggestions formulées par les membres de la communauté, recueillies par les bénévoles de la Croix-Rouge

| | |
|---|--|
| Encourager le lavage des mains Demandes de stations de lavage des mains et d'approvisionnement en eau. | Nous demandons des stations de lavage des mains dans tous les lieux publics voire même dans chaque foyer. Nous avons besoin d'un lavabo. Augmentez le nombre de stations de lavage des mains dans les lieux publics. Nous avons besoin de savon. Fournissez-nous des stations de lavage des mains. Fournissez-nous des lavabos, du désinfectant et du savon pour de bonnes pratiques d'hygiène. |
| Besoin d'autres équipements Demandes d'eau, de gants, de bottes, de chlore et autres équipements de protection. | Nous avons besoin de désinfectants. Distribuez de l'eau partout. Fournissez-nous des bâches pour construire des puits souterrains. Donnez-nous de l'eau potable. Nous avons besoin d'eau potable. Demandez à REGIDESO de nous envoyer de l'eau potable pour améliorer la prévention. Donnez-nous du chlore. Augmentez le nombre de bornes-fontaines dans les régions éloignées pour réduire la propagation de la maladie à virus Ébola. Nous suggérons à notre frère, la Croix-Rouge, de nous aider à construire des WC dans nos écoles |
| Développer ou modifier le programme de vaccination | Veuillez vacciner l'ensemble de la population. Immunisez-nous. Donnez le vaccin à tout le monde, même aux enfants. Nous avons besoin de vaccins à domicile. Vacciner l'ensemble de la population serait un moyen d'éradiquer le virus Ébola. |
| Améliorer les services de santé Emplacement et fermeture du CTE, traitements efficaces, soins de santé gratuits | Fournissez des soins gratuits pendant la période de l'épidémie. Séparez le CTE de l'hôpital général. Cherchez le médicament qui permettra d'éliminer l'épidémie dans le sperme des individus ayant guéri. Nous suggérons d'augmenter le nombre d'agents chargés des PFSD afin de couvrir correctement nos zones de santé de Komanda. Que les médecins traitent les patients sans demander de l'argent. Nous recommandons de meilleurs soins pour les patients pendant la période de riposte afin d'éradiquer rapidement cette maladie. Donnez-nous des médicaments pour nous soigner. Nous recommandons que les patients soient réellement pris en charge au cours de cette période de riposte afin de garantir que les cas suspects soient correctement détectés dans les régions affectées et épargnées. Nous suggérons que des soins décentes soient prodigués aux malades au CTE de Komanda car vous faites preuve de beaucoup de négligence lorsque vous recevez des patients. Aux agents de riposte : ayez du cœur et ne soyez pas seulement intéressés par l'argent |
| Suggestions inhérentes à la procédure de riposte | Nous suggérons que le gouvernement mette un terme à cette maladie ou érige un poste de contrôle entre les deux provinces. Nous demandons au gouvernement congolais de se charger de mettre rapidement fin à cette maladie. Nous sollicitons l'assistance de notre gouvernement lorsqu'un décès survient au sein de la communauté. Nous suggérons la mise en œuvre de nouvelles stratégies pour éradiquer cette maladie. Nous demandons aux équipes de riposte de tout faire pour éliminer le virus Ébola, nous avons beaucoup perdu et souffert et nous ne souhaitons pas continuer à vivre de cette manière. Nous encourageons les équipes de riposte aux postes de contrôle à parler à ceux qui ne se lavent pas les mains. Nous devons tout mettre en œuvre pour fermer [les postes de contrôle] car même si la maladie est éradiquée, les visiteurs continueront de la propager. |

Le tableau suivant indique une sélection des suggestions les plus fréquemment formulées (regroupées par thème principal, et non par ordre de fréquence) au cours de cette période. Tandis qu'au cours de la période précédente, la catégorie « autres équipements » faisait clairement référence à un équipement de protection contre le virus Ébola, au cours de cette période, la catégorie « autres équipements » fait davantage référence à l'eau potable et à des articles d'hygiène, ce qui suggère que la priorité n'est plus accordée aux besoins liés au virus Ébola. Comme pour les périodes précédentes, il y avait moins de questions et de suggestions relatives aux inhumations dans les retours au cours de cette période, ce qui prolonge une tendance à la baisse dans les données depuis fin 2018.

| | Septembre 2019 | Octobre 2019 | Novembre 2019 |
|----------------------|--|---|---|
| | 9 999 codages | 11 539 codages | 9 473 codages |
| | Beni, Bunia, Butembo, Goma, Karisimbi, Katwa, Komanda, Mabalako, Mambasa, Mandima, Nyiragongo, Oicha, Rwampara | Beni, Bunia, Butembo, Goma, Kalunguta, Karisimbi, Katwa, Komanda, Mabalako, Mambasa, Mandima, Nyiragongo, Oicha, Rwampara | Beni, Bunia, Butembo, Goma, Kalunguta, Karisimbi, Katwa, Komanda, Mabalako, Mambasa, Mandima, Nyiragongo, Oicha |
| 1ère position | Encourager le lavage des mains | Besoin d'autres équipements | Besoin d'autres équipements |
| 2e position | Besoin d'autres équipements | Encourager le lavage des mains | Encourager le lavage des mains |
| 3e position | Développer ou modifier le programme de vaccination | Développer ou modifier le programme de vaccination | Développer ou modifier le programme de vaccination |
| 4e position | Améliorer les services de santé | Suggestions relatives à la procédure de riposte | Suggestions relatives à la procédure de riposte |
| 5e position | Suggestions relatives à la procédure de riposte | Améliorer les services de santé | Améliorer les services de santé |

Principales conclusions

Sensibilisation au virus Ébola :

D'après l'analyse des médias sociaux réalisée par Novetta (septembre-novembre 2019) le volume de contenu associé au virus Ébola dans les médias traditionnels et sur les réseaux sociaux a diminué dans la mesure où le nombre de cas a baissé, et a été remplacé par des préoccupations justifiables au sujet des défis en matière de gouvernance et de sécurité. La Cellule Analyse Science Sociale (CASS), sous l'égide de la Commission stratégique du Ministère de la santé, en collaboration avec l'UNICEF, l'OMS, les CDC, Traducteurs sans Frontières et la FICR, ont réalisé des enquêtes à Butembo/Katwa/Kalunguta, Mambasa et Goma concernant les sources d'information privilégiées inhérentes au virus Ébola ; les données ont indiqué que la radio continuait d'être le canal le plus largement utilisé et privilégié, même si les communautés avaient également recours aux médecins/infirmiers, aux chefs religieux, aux affiches et à d'autres canaux. À Beni, des études qualitatives réalisées par l'organisation Search for Common Ground (SCG) ont révélé que la radio était perçue comme étant fiable car elle impliquait la validation des autorités sanitaires tandis que les informations de bouche à oreille étaient considérées comme étant moins fiables. Tandis qu'il existe de nombreuses stations de radio locales aux environs de Goma, aucune ne semble particulièrement privilégiée ; toutefois, des préférences en matière de radio étaient plus clairement définies à Mambasa avec une préférence à hauteur de 83 % pour Radio Amkeni (CASS).¹⁰ Une étude qualitative menée par TSF à Beni (septembre 2019)¹¹ a révélé que le bulletin d'informations radio quotidien « Koma Ebola » était réputé, bien qu'il soit surtout écouté par des hommes. Bien que les communautés soient susceptibles d'exprimer une préférence pour la radio, cela ne signifie pas nécessairement qu'elles considèrent que les informations sont extrêmement fiables ; interrogées quant à leur confiance dans les informations relatives à la santé infantile, toutes les personnes interrogées dans le cadre d'une étude menée à Goma (CASS, août 2019) ont déclaré faire confiance aux dirigeants communautaires tandis que 44 % d'entre elles faisaient confiance aux médecins, 23 % aux infirmiers et seulement 5 % à la radio. Dans le cadre d'une étude menée par TSF, un participant à un groupe de discussion masculin à Beni a expliqué : « Les messages à la radio sont un peu difficiles, parce qu'on ne sait pas qui est à la radio : ils pourraient être utilisés. Par exemple, on entend parfois qu'une personne a été guérie au CTE. Les gens disent que ce sont des femmes de soldats qui sont payées pour témoigner en tant que survivantes du virus Ébola. Mais avec les informations de bouche à oreille, on voit la personne. À la radio, on se contente d'écouter sans voir. » Une étude qualitative réalisée par TSF a révélé que les femmes (principalement responsables des soins de santé au sein du foyer) en particulier, préféraient recevoir des informations par le bouche à oreille, bien que les femmes plus jeunes qui possèdent des Smartphones et écoutent régulièrement la radio semblaient également disposer de moins de canaux d'information que les hommes et étaient davantage susceptibles de croire à des informations erronées concernant l'épidémie.

La surveillance des réseaux sociaux réalisée par Novetta a révélé que des chefs religieux et agents du gouvernement local à Butembo/Katwa représentaient la principale source de sensibilisation au virus Ébola à partir de fin octobre 2019 dans la mesure où les récits des citoyens avaient changé pour se concentrer sur les scénarios post-épidémie. Les liens sociaux établis par le biais d'organisations locales sont solides dans la province du Nord-Kivu et il y avait des appels répétés pour une diffusion plus directe des informations par l'intermédiaire de réunions communautaires, de l'implication des dirigeants communautaires, d'actions de sensibilisation en porte à porte et de l'utilisation d'annonces locales par mégaphone au petit matin. D'après une étude qualitative réalisée en septembre 2019 par World Vision et TSF, par exemple, « Le fait de parler aux gens est très important. Vous pouvez amener des panneaux d'affichage, vous pouvez écrire dessus, mais si les gens ne comprennent pas, ils ne sauront pas comment poser des questions. Le plus important, c'est de parler aux gens en face à face, de leur expliquer ce qu'ils voient sur l'affiche. Il s'agit de parler avec les gens et d'interagir avec eux » (Médecin, Beni ; TSF) et « on voit les affiches, mais la plupart du temps, les membres du personnel de santé ne nous les expliquent pas, il faut demander : que signifie cette image ? » (Résidente, Beni ; TSF). L'utilisation de supports imprimés, tels que des affiches ou des banderoles, était assez rare et concentré au sein des centres médicaux, d'après l'étude menée par TSF à Beni (septembre 2019), qui a également révélé que les supports actuels étaient délabrés, manquaient de détails, étaient confus, et que les images n'étaient pas explicites. Les participants à un groupe de discussion ont vivement approuvé une nouvelle série de dépliants du Ministère de la santé/l'UNICEF, mais ont également sollicité une brochure complète couvrant tous les aspects du virus Ébola, mise à disposition pour emporter chez soi et contenant des explications médicales détaillées et compréhensibles, y compris sur la manière dont la riposte opère.

Les documents de promotion de la santé étaient souvent en français (certains en swahili congolais) – une étude menée à Butembo/Katwa/Kalunguta (CASS, n=559, octobre 2019) a révélé que seulement 5 % de la population parlait français tandis qu'à Goma 23 % (CASS, n=400, août 2019) préférait recevoir des informations en français. La langue est diversifiée au sein de la région affectée

par le virus Ébola.¹² Une étude menée à Mambasa et Butembo/Katwa/Kalunguta a indiqué que tandis qu'une vaste majorité de la population parlait swahili à la maison en tant que langue principale, il existait de nombreuses variantes (concernant l'orthographe, les mots empruntés, la prononciation et la grammaire) entre le swahili congolais et le swahili localisé ; par exemple, une étude qualitative réalisée à Beni (où le swahili localisé constitue la langue privilégiée) a révélé que certains termes (maux de tête et centre médical) ne se traduisaient pas entre les deux langues. Dans le cadre d'une étude indépendante menée à Beni, le nande et le lingala ont été identifiés comme constituant des langues importantes pour les personnes qui ne parlent pas couramment le swahili localisé, tandis qu'à Butembo 20 % des personnes interrogées dans le cadre de l'étude parlaient le kinande (CASS).¹³ Les populations au sein de la province du Nord-Kivu ont sollicité des informations en ce qu'elles ont appelé « langue communautaire », en utilisant des termes et des concepts avec lesquels elles sont familières ; « *Pour le virus Ébola, nous avons aussi besoin de [documents] en nande, la langue locale, pour pouvoir donner un dépliant à une grand-mère qu'elle sera en mesure de comprendre* » (Pharmacien, Beni ; TSF). Les membres de la communauté et les éducateurs sanitaires à Beni ont également sollicité davantage de communication audiovisuelle (sur la vaccination, la procédure de renvoi à un centre de transit, les centres de traitement d'Ébola, et les procédures inhérentes aux pratiques des enterrements dignes et sécurisés (EDS)), en particulier, des vidéos documentaires diffusées par projecteur. Jusqu'à présent, ces communications audiovisuelles ont été très limitées dans la riposte, mais ont été reconnues comme représentant un moyen important de répondre aux doutes concernant le virus Ébola, notamment auprès des jeunes (TSF).

L'incrédulité et le scepticisme subsistent en ce qui concerne les causes « réelles » de l'épidémie ; des études menées par la CASS ont indiqué que 46 % des personnes interrogées à Goma (août 2019) et 25 % à Mambasa (septembre 2019) ne croyaient pas que l'épidémie était réelle, en grande partie dû au fait qu'elles croyaient que le virus Ébola avait été introduit à des fins politiques, une manière d'éradiquer la population nande et/ou à des fins commerciales, plus connu sous le nom de « *commerce Ébola* ». Ces observations ont été corroborées par les données issues des retours communautaires recueillis par le FICR. En comparaison avec les données de juin 2019, davantage de personnes ont accepté l'existence du virus Ébola and le considérait comme une « *maladie réelle* », toutefois des différences marquées ont été identifiées au sein des régions affectées et des zones à risque. Les rumeurs inhérentes aux origines politiques de la flambée épidémique persistent (par exemple, le Gouvernement précédent a inventé le virus Ébola) et ont tendance à s'intensifier lorsque de nouveaux cas refont leur apparition dans des régions au sein desquelles le virus Ébola avait été contrôlé. Par exemple, à Beni, au mois de novembre (Novetta), il y a eu des accusations selon lesquelles les équipes de riposte propageaient délibérément le virus afin de conserver leurs emplois et d'en tirer un avantage financier, en reproduisant un comportement constaté ailleurs. Les populations à Butembo (SCG, octobre 2019) et ailleurs (FICR, septembre-novembre 2019) ont commencé à penser que le virus Ébola avait déjà été éradiqué, et cela a contribué à accroître les soupçons et les rumeurs autour de nouveaux cas.

Connaissance du virus Ébola :

Après plus d'un an de vie avec le virus Ébola, la connaissance de la maladie s'était considérablement améliorée à Beni, d'après une analyse réalisée par TSF (septembre 2019) ; toutefois, en l'absence de données longitudinales (aucunes n'étaient disponibles durant cette période de référence), l'analyse des tendances demeure difficile. Les études menées par la CASS ont indiqué que de nombreuses personnes (47 % à Mambasa) ne croyaient pas qu'il existait des moyens d'arrêter la transmission du virus Ébola ni qu'il pouvait être guéri (42 %). La connaissance inhérente à la prévention du virus Ébola à Mambasa était principalement axée sur le lavage des mains, le fait de ne pas toucher le corps d'un défunt, ne pas manger/toucher un animal mort et ne pas toucher d'élément physique appartenant à une personne atteinte du virus Ébola. La connaissance des symptômes du virus Ébola était également relativement élevée à Mambasa : fièvre, hémorragie/saignements, vomissements, diarrhée et maux de tête étant les symptômes les plus communément reconnus, toutefois les douleurs articulaires et abdominales constituaient des symptômes moins connus.¹⁴ En particulier, une étude qualitative réalisée par TSF a suggéré que le fait de parler ouvertement de la transmission par voie sexuelle du virus Ébola pouvait être considéré comme étant irrespectueux dans certains contextes, ce qui indique la nécessité d'une communication habile sur ce sujet. À Goma, interrogées quant aux manières les plus efficaces de prévenir les maladies épidémiques en général, 67 % des participants ont mentionné le lavage des mains et 45 % la vaccination ; seulement 17 % d'entre eux ont mentionné l'isolement (enquête CASS, n=400, août 2019).

Les croyances religieuses continuent de jouer un rôle dans la compréhension communautaire du virus ; d'après une étude qualitative réalisée par World Vision, de nombreuses personnes croyaient que l'épidémie était liée à une entité ou une force maléfique, à une guerre biologique ou était causée par des transgressions des valeurs traditionnelles, et nécessitait la fin des sacrifices d'animaux. La surveillance des médias par Novetta (octobre 2019) a révélé que des rumeurs circulant sur WhatsApp à Butembo/Katwa et à Beni/Mangina étaient fortement axées sur la propagation du virus Ébola par des objets physiques distribués par les autorités sanitaires : les vaccins contre le virus Ébola et la rougeole, les kits alimentaires, les thermo-flashes, l'eau et les moustiquaires. Ceci est susceptible d'avoir des conséquences à long terme sur l'instauration de la confiance ; par exemple, des groupes de discussion à Katwa et Kayna ont révélé que les hommes estimaient que les flambées épidémiques de rougeole et de poliomyélite étaient « *créées* » par le personnel de riposte à des fins lucratives, d'après les données recueillies par SCG en octobre 2019.

Tandis que les communautés et la riposte contre le virus Ébola elle-même apprennent et s'adaptent, de nouvelles dynamiques, connaissances et interprétations ont fait leur apparition et soulèvent des questions importantes pour les communautés ; celles-ci sollicitent de plus en plus des explications, et pas seulement des instructions. Comme l'a révélé une étude qualitative menée à Beni : « *de manière générale, les populations comprennent les informations de base. Toutefois, de nouvelles informations et de nouveaux détails semblent contredire ce qui a été dit auparavant* » (TSF, septembre 2019). L'un des exemples le plus évident concernait l'éligibilité à la vaccination. Dans un premier temps, les femmes enceintes et les personnes atteintes de maladie chronique ne pouvaient pas recevoir le vaccin contre le virus Ébola, mais cela a changé, alors les populations ont voulu savoir pourquoi la vaccination avait cessé de présenter un risque pour ces individus. Un autre exemple concerne la perception des populations selon laquelle le virus Ébola était causé par les animaux sauvages ; comme il a été mentionné dans un groupe de discussion à Katwa (SCG, octobre 2019) : « *On nous a dit que le virus était transmis aux humains par les animaux sauvages. Mais mes enfants ramassent et consomment les restes de goyaves que les chauves-souris font tomber sans [être] contaminés. Et même le gibier a été interdit, on en vend partout mais il n'y a pas de nouveaux cas enregistrés liés à la transmission de l'animal à l'homme.* » Les communautés ont sollicité des informations à jour, précises et détaillées qui répondent à leurs questions en temps réel. Dans le cas contraire, elles commenceraient à remettre en question d'autres informations, à faire circuler des rumeurs et à diffuser des informations erronées. Les informations les plus recherchées, d'après les conclusions de l'étude menée par TSF à Beni en septembre 2019, concernaient les connaissances médicales et les caractéristiques du virus Ébola, la vaccination, le traitement, et les inhumations. Les participants ont sollicité des explications détaillées qui vont au-delà de réponses telles que « *Si vous vous rendez au CTE dès les premiers symptômes, vous pouvez guérir* », ou « *le virus Ébola est transmis par les chauves-souris frugivores.* » Les personnes interrogées dans le cadre des études menées par la CASS à

Butembo/Katwa/Kalunguta, Goma et Mambasa (août-octobre 2019) ont soulevé des questions concernant la manière de se protéger, quoi faire si l'on tombe malade, qui peut obtenir le vaccin, comment fonctionne le vaccin, quels traitements sont disponibles aux CTE, de quelle manière le virus Ebola est transmis, des détails concernant les pratiques d'EDS et quand le virus Ebola sera-t-il éradiqué. Les communautés souhaitaient également que les messages d'espoir qui sont en phase avec les tendances épidémiologiques à la baisse à Beni et ailleurs contribuent à réduire les craintes et à suggérer la fin de l'épidémie : « *Les gens pensent que c'est bientôt fini. On commence déjà à socialiser davantage. Au moins on peut respirer : il n'y a pas autant de décès qu'auparavant. Le Dr Muyembe a dit que le [virus Ebola] sera éradiqué en quatre mois. L'éradication de la maladie : cette promesse est toujours dans les cœurs des gens* » (groupe de discussion, Beni, TSF, septembre 2019).

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

Une étude menée par la CASS auprès de 68 membres du personnel de centre médicaux privés, publics, d'hôpitaux, de pharmacies et de cabinets de praticiens traditionnels à Mambasa et Mangina (septembre 2019) a étudié les connaissances et pratiques inhérentes aux membres du personnel de santé. De manière générale, les connaissances de certains symptômes étaient élevées : > 80 % pour les maux de tête, les saignements, la fièvre, la diarrhée et les douleurs abdominales, mais plus faible concernant les douleurs articulaires (58 %) et les douleurs musculaires (31 %). Interrogés au sujet du mode de propagation du virus Ebola, 73 % des participants ont mentionné le contact avec les fluides corporels d'une personne malade et 60 % le fait de toucher une personne décédée du virus Ebola ; aucun des participants n'a mentionné la transmission par voie sexuelle ; 63 % ont mis en évidence le fait que le virus Ebola pouvait se propager au sein des structures sanitaires, 72 % ont également indiqué qu'il pouvait se propager « importe où » et seulement 3 % ont mentionné les inhumations en tant que sources spécifiques. Seulement 20 % des membres du personnel de Mambasa et 21 % de Mandima ont indiqué se sentir capables d'expliquer le virus Ebola aux patients et à leur communauté, et des lacunes importantes ont été mentionnées dans les domaines suivants : soins/traitement, inhumations sécurisées et dignes, vaccination et transmission. Tandis que tous les membres du personnel des cliniques publiques et privées et des hôpitaux ont indiqué avoir reçu une formation sur le virus Ebola, seulement 13 % des personnes interrogées employées dans les pharmacies et 14 % des praticiens traditionnels ont indiqué cela. Les éducateurs sanitaires à Beni (étude qualitative réalisée par TSF en septembre 2019) ont mis en évidence le besoin d'organiser des formations dans les langues parlées par les populations locales, comme par exemple le swahili et le nande, ainsi que le français : « *Beaucoup de sessions de formation étaient en français, malgré le fait que de nombreuses personnes n'avaient pas une maîtrise suffisante de la langue pour comprendre. Elles se contentaient de regarder les images et de rigoler en attendant que cela se termine* » (Membre du personnel de santé, Beni, TSF, septembre 2019). D'après l'étude menée à Mambasa/Mangina par la CASS (septembre 2019), plusieurs formations destinées aux membres du personnel de santé ont été organisées au sein de l'établissement de santé, ce qui contribue à améliorer la compréhension et l'application. Les membres du personnel de santé ont sollicité une formation sur quasiment tous les aspects du virus Ebola : les origines du virus, les symptômes, la prévention et le contrôle ainsi que des informations actualisées concernant la vaccination, les procédures de renvoi et les nouveaux traitements. D'après l'étude menée par TSF à Beni (septembre 2019), sans disposer de connaissances détaillées des stratégies de riposte, de nombreux éducateurs sanitaires (qui n'ont pas toujours de formation dans le domaine de la santé) n'étaient pas en mesure de répondre aux questions formulées par la communauté, leurs tentatives pouvaient même contredire les déclarations officielles, et les faisaient paraître peu professionnels ou arrogants : « *J'ai honte, parce que je ne suis pas capable de répondre à leurs questions, et toute la frustration de la population est dirigée contre nous, les éducateurs* » (Éducatrice sanitaire, Beni, TSF, septembre 2019). Les éducateurs sanitaires ont également indiqué avoir du mal à trouver les mots corrects pour traduire les termes clés, et qu'ils trouvaient que les nombreuses abréviations utilisées dans le cadre de la riposte faisaient partie des plus difficiles (Par exemple, PFSD, CTE, CPI, etc.).

Comportements de prévention :

Dans le cadre de deux études réalisées par la CASS, à Mambasa (n=393, septembre 2019) et Goma (n=400, août 2019), il a été demandé aux personnes interrogées si elles avaient changé de comportement afin de prévenir l'infection au virus Ebola ; la majorité d'entre elles a répondu par l'affirmative : 92 % et 72 % ont indiqué un lavage des mains plus fréquent, 51 % et 27 % ont indiqué éviter de serrer les mains, 23 % et 25 % éviter tout contact physique, mais seulement 15 % et 9 % ont indiqué éviter les personnes malades, 14 % et 97 % éviter les inhumations. Une étude indépendante menée par la CASS a révélé que 23 % des personnes interrogées à Butembo et Katwa (n=792, novembre 2019) ont indiqué avoir cessé de se rendre dans certains lieux en raison du virus Ebola, principalement les cimetières / cérémonies funéraires et centres médicaux. On continue de solliciter davantage de stations de lavage des mains au niveau communautaire sur les marchés, dans les écoles et dans les églises : « *Lorsque l'on demande aux parents d'acheter eux-mêmes ces stations de lavage des mains dans les écoles, cela envoie un message selon lequel l'état s'est désengagé* » (World Vision). Les données issues des retours communautaires recueillis pas la FICR ont mis en évidence des préoccupations selon lesquelles certains agents ne suivaient pas les protocoles de lavage des mains : « *Pourquoi les véhicules militaires et ceux des autorités de l'administration politique ne s'arrêtent-ils pas au poste de contrôle pour que les personnes puissent se laver les mains ?* ».

Avec plus de 1000 survivants, et bien que le risque global ait été jugé comme étant faible, une préoccupation émergente importante a été la prévention du virus Ebola par transmission sexuelle ; une brève étude menée par la CASS (Beni, octobre 2019) auprès de survivants du virus Ebola (11 hommes et 5 femmes), des travailleuses du sexe, des membres du personnel de santé, et leurs partenaires, a étudié l'utilisation du préservatif et la prévention ; tous les survivants avaient été sensibilisés à l'utilisation et à l'importance des préservatifs, 4 survivants (hommes) ont évalué leur risque d'infecter leur(s) partenaire(s) sexuel(s) avec le virus Ebola comme étant très faible et seulement 2 ont évalué leur risque d'infection comme étant très élevé : « *Pour moi, le risque est de 0 %, parce que je ne pense pas que le sperme contienne le virus Ebola. J'en ai la preuve. J'ai des amis guéris qui ont des rapports sexuels sans préservatif et leurs partenaires sont en bonne santé.* » La plupart des hommes ont indiqué utiliser des préservatifs, bien que beaucoup d'entre eux n'en avaient pas utilisés auparavant, mais 5 femmes survivantes sur 6 ont déclaré ne pas utiliser de préservatifs. Comme l'a indiqué l'une des survivantes : « *Non, parce que je ne suis pas autorisée, je dois utiliser d'autres moyens de protection, même pour le planning familial, à l'église on nous enseigne qu'il vaut mieux le faire sans utiliser de préservatifs.* » L'étude a révélé que parmi les 87 observations formulées sur les préservatifs, 54 étaient positives et 33 étaient négatives ; l'aversion pour les préservatifs était principalement liée à la texture du lubrifiant et à diverses croyances religieuses.¹⁵

Recours aux services de santé et soins à domicile :

Les symptômes du virus Ebola continuent d'être confondus avec d'autres maladies plus courantes par les membres de la communauté avec des implications importantes pour la présentation rapide et le recours aux services de santé. Interrogées au sujet de leurs problèmes

de santé, les participants à l'étude (études menées par la CASS) à Butembo/Katwa/Kalunguta (n=559, octobre 2019), Mambasa (n=393, septembre 2019), et Goma (n=400, août 2019) ont mentionné le paludisme (78 %, 84 %, 82 %, respectivement), la diarrhée (45 %, 51 %, 30 %), la fièvre (46 %, 60 %, 0 %), et la rougeole (19 %, 26 %, 0 %), des conditions fréquemment associées au virus Ébola, tandis que 19 %, 38 %, 0 % ont mentionné directement le virus. Les personnes interrogées ont mentionné les symptômes d'Ébola mais ne comprenaient pas comment des symptômes communs pouvaient être associés avec une maladie mortelle : « *On avait de la fièvre et des rhumes avant, mais maintenant, si l'on a l'un de ces symptômes, on doit se cacher. On a toujours des rhumes à Beni, mais aujourd'hui, si l'on a un rhume, on a contracté le virus Ébola. On ne comprend pas ça.* » (Beni, TSF, septembre 2019). Interrogées au sujet des symptômes qui inciteraient les parents à avoir recours aux services de santé pour leurs enfants de moins de 5 ans à Butembo (CASS, n=559, octobre 2019), de nombreuses personnes ont indiqué « beaucoup de fièvre », des vomissements et la diarrhée, tandis qu'un nombre beaucoup moins important a indiqué des maux de tête, une fatigue intense ou des saignements. À Mambasa, la majorité des personnes interrogées (CASS, septembre 2019) a également mentionné la fièvre; la diarrhée et les vomissements et un nombre moins important a mentionné la fatigue intense, les maux de tête, ainsi que les douleurs articulaires, abdominales et musculaires. Dans l'étude menée à Mambasa, 34 % des personnes interrogées se rendraient dans un centre de santé public, 33 % à la pharmacie, 24 % aurait recours à l'automédication, 12 % se rendraient dans une clinique privée et 5 % traiteraient la fièvre avec des herbes durant les 2 premiers jours. Ce sont principalement les femmes qui soignent les personnes malades à domicile et assistent les proches dans les centres médicaux. À Butembo/Katwa/Kalunguta (CASS, n=559, octobre 2019), 91 % des personnes interrogées ont indiqué un changement des voies de traitement (pour les symptômes du paludisme) depuis l'apparition du virus Ébola et plus de la moitié d'entre elles ont déclaré attendre plus longtemps ou éviter les centres médicaux en raison de la flambée épidémique. Cinquante pour cent des participants à l'étude menée à Butembo/Katwa/Kalunguta estimaient que les parents faisaient moins confiance aux soins prodigués par les médecins à leurs enfants qu'avant l'apparition du virus Ébola et craignaient que les professionnels de la santé ne confondent les symptômes du virus Ébola avec d'autres maladies. Cela a incité l'automédication, bien que les motifs financiers et d'autres facteurs jouent également un rôle : « *Durant la flambée épidémique d'Ébola, les gens ont eu recours à l'automédication. Ils ne souhaitent pas se rendre au centre médical pour ne pas être transférés au CTE, mais avant Ébola, ils avaient recours à l'automédication par manque de moyens financiers* » (Entretien, Butembo, CASS, octobre 2019). La moitié des personnes interrogées à Mambasa et Mandima (CASS, n=68, septembre 2019) estimaient que la principale raison pour laquelle l'épidémie persistait était due au fait que les gens continuaient à cacher leurs malades. Dans l'étude menée à Goma par la CASS (n=400, août 2019), 67 % des personnes interrogées avaient connaissance de l'isolement en tant que stratégie pour contrôler la maladie, et 85 % ont indiqué qu'il s'agissait d'une bonne stratégie, toutefois, seulement 82 % ont indiqué que l'isolement loin de la communauté en constituait pas la raison principale pour laquelle les gens refusaient.

Implication avec les établissements de santé publics et privés :

Les établissements de santé ont continué à signaler des équipements et des protocoles CPI inadéquats ; environ un tiers (36%) seulement des établissements de santé à Mambasa et 17 % à Mandima (CASS, n=68, septembre 2019) se considérait capable de détecter un cas de virus Ébola ou d'empêcher la transmission du virus Ébola. Une analyse des médias sociaux réalisée par Novetta a indiqué qu'une inspection menée par les dirigeants régionaux au sein des établissements de santé à Butembo et Katwa avaient révélé que nombre d'entre eux étaient encore « sales » et n'étaient pas conformes aux meilleures pratiques appropriées en matière d'hygiène. Dans le cadre de la même étude menée par la CASS, beaucoup de membres du personnel de santé ont indiqué que tandis que des protocoles Ébola avaient été établis, par exemple, concernant les évaluations de température initiales (74 %), les stations de lavage des mains (68 %) et le triage (51 %), très peu d'établissements disposaient d'une chambre d'isolement (18 %) ou de la capacité à procéder à une désinfection systématique (18 %). Les établissements de santé continuaient de manquer d'eau, par exemple à Mambasa/Mandima, 91 % des établissements ne disposaient pas d'un accès régulier à l'eau.

Des soins médicaux gratuits continuent d'être dispensés dans certains centres médicaux afin de stimuler la fréquentation, malgré le fait que la proximité, la confiance et les perceptions de la qualité constituaient souvent des aspects essentiels pour choisir les services de santé. Cela ne signifiait pas que les considérations financières ne prédominaient pas également ; à Goma (CASS, n=400, août 2019), 75 % des personnes interrogées ont souligné le fait que l'argent ne constituait pas le facteur principal qui empêchait l'accès aux établissements de santé. Une brève étude qualitative réalisée à Biakato Mines, dans la province de l'Ituri, par la CASS (octobre 2019), a révélé que les soins étaient basés sur les membres du personnel « érudits », qui vivaient au sein de la communauté et auxquels on faisait confiance, acceptaient même parfois des contributions en nature plutôt qu'en espèces pour prodiguer des soins médicaux. Ce point a été réitéré à Butembo : « *Parce qu'ici, les gens préfèrent se rendre à l'hôpital où ils seront traités par des médecins qu'ils connaissent. Alors, quand ils arrivent dans un centre médical et trouvent des gens qu'ils ne connaissent pas et qui ne parlent même pas leur langue, ils ont peur. C'est la raison pour laquelle ils se cachent chez eux quels que soient les symptômes qu'ils indiquent.* » (World Vision, septembre 2019). Toutefois, un grand nombre de personnes interrogées à Butembo (CASS, octobre 2019) estimaient que depuis l'apparition du virus Ébola, les services de santé avaient empiré, du fait que l'on envoie les patients aux CTE sans discernement, des soins de mauvaise qualité et d'une peur générale de mourir ou d'être tué par un membre du personnel de santé. Une étude indépendante menée à Mambasa et Mandima (CASS, septembre 2019) a également révélé une réduction des patients en raison du virus Ébola. Les données ont identifié divers manques d'engagement de la part des établissements de santé, y compris l'absence d'intégration des guérisseurs traditionnels dans la riposte (Mambasa, CASS, septembre 2019). La militarisation de la riposte a également été considérée comme étant particulièrement problématique, malgré des rapports selon lesquels cela avait été réduit à Butembo suite à la baisse du nombre de cas, ce qui avait engendré une augmentation de la fréquentation des établissements de santé (SCG, octobre 2019). Il y avait également de vives préoccupations au sujet des conséquences du virus Ébola sur la recrudescence du nombre de cas de paludisme, rougeole et choléra, que les citoyens estimaient être négligés au détriment du virus Ébola.

La méfiance populaire avait sapé les relations entre les communautés et la profession médicale : « *Nous sommes devenus des ennemis de la population... c'est à cause du traumatisme qui est déjà gravé dans les têtes de nos populations. Elles sont vraiment traumatisées. Elles pensent que nous ne sommes pas réellement humains ; elles nous intimident.* » (Anesthésiste, Beni, TSF, septembre 2019). Les membres du personnel de santé à Mambasa et Mandima (étude réalisée par la CASS, septembre 2019) avaient organisé des activités liées au virus Ébola (principalement des discussions informatives) ; toutefois, plusieurs d'entre eux ont également indiqué que les membres de la communauté avaient moins confiance en eux en raison du virus Ébola et qu'ils ne se sentaient pas assez en sécurité pour évoquer ouvertement le virus Ébola à leurs patients et à leur communauté. Le port d'un équipement de protection individuelle (EPI) avait valu aux médecins et aux agents sanitaires d'être qualifiés de *kinyawu* (« monstre ») (TSF octobre). Une étude qualitative réalisée à Beni a révélé que lorsqu'ils se rendaient dans un établissement de santé, les gens essayaient activement de faire baisser leurs températures. Un médecin chef à Beni a mis en évidence les « nombreux » médecins et infirmiers qui continuaient à nier le fait que le

virus Ébola soit réel, en suggérant que certains médecins pourraient avoir diffusé des informations inexacts ou négatives. (Novetta, septembre 2019).

Perceptions du traitement contre le virus Ébola et des CTE :

En date du 5 janvier 2020, il y avait 11 centres de traitement d'Ébola (CTE) et 25 centres de transit Ébola situés dans les provinces du Nord-Kivu, du Sud-Kivu et de l'Ituri.¹⁶ Le 4 octobre, le 1000^e survivant du virus Ébola a quitté le CTE de Mangina, situé à proximité du lieu où les premiers cas avaient été identifiés en août 2018 ; de même, au mois d'octobre, le CTE de Butembo avait fait sortir son dernier patient atteint du virus Ébola, ce qui avait fourni une occasion de célébrer les réussites et avait mis en évidence la nécessité de renforcer la prévention et de contrôler les activités afin d'éviter l'apparition de cas futurs. Avant et après ces événements, les survivants au virus Ébola ont mené des actions dans les médias communautaires afin de sensibiliser les populations quant à l'importance de se rendre rapidement aux CTE pour augmenter les chances de survie, éliminer les perceptions à long terme selon lesquelles les soins et les conditions dans les CTE sont mauvais ; comme l'a déclaré un survivant au virus Ébola dans les médias locaux : « *Moi, par exemple, j'ai perdu 12 membres de ma famille, dont ma femme, on résistait, et j'étais également affecté par le virus, et c'est faux ce que l'on dit au sein de la communauté. Résister au virus [est une erreur], nous avons reçu un bon traitement au CTE, et aujourd'hui je suis en vie.* » (Novetta, septembre 2019). Toutefois, on ne sait pas très bien de quelle manière les réussites en matière de traitement ont été communiquées en dehors de fenêtres médiatiques spécifiques. À Mambasa, les études menées auprès de membres du personnel de santé (CASS, septembre 2019) ont révélé que la plupart d'entre eux pensaient que le virus Ébola pouvait être guéri mais cette croyance était beaucoup plus faible au niveau communautaire. À Butembo et Beni, une brève étude réalisée par Novetta a révélé que 76 % (n=292) et 60 % (n=294) estimaient que les médicaments du traitement contre le virus Ébola et la présentation rapide, respectivement, contribueraient aux chances de survie. La surveillance des médias par Novetta a indiqué que les informations relatives au traitement demeuraient minimales entre septembre et novembre 2019, et que les traitements eux-mêmes, souvent désignés comme « le remède » étaient régulièrement confondus avec la commercialisation du deuxième vaccin de J&J (qui avait reçu davantage de couverture médiatique locale). Une étude qualitative menée à Beni par TSF au mois de septembre a révélé que les membres de la communauté avaient de nombreuses questions concernant les différences entre les quatre médicaments à l'étude au début de la riposte et concernant la raison pour laquelle deux d'entre eux avaient finalement été choisis, et une surveillance des médias réalisée par Novetta au mois de novembre à Beni a révélé de nombreux cas de personnes estimant qu'il faut avoir des liens sociaux avec des agents de riposte pour recevoir les médicaments adaptés.

La présentation rapide aux CTE est essentielle pour l'efficacité du traitement contre le virus Ébola et les chances de survie. Afin d'examiner les explications perçues pour la présentation tardive aux CTE, la CASS a réalisé une étude qualitative à Beni (Bustil, Kasanga), Mandima (Bikato Mines) et Mabalako (Aloya, Mangina) (septembre 2019). Des participants en provenance de toutes les zones de santé se sont exprimés quant au fait que le traitement et la survie constituaient les principales motivations pour se rendre rapidement aux CTE. À Bikato, où des patients soupçonnés d'avoir contracté le virus présentaient en moyenne plus de sept jours depuis l'apparition des symptômes, ils ont abordé les activités de sensibilisation à la riposte et espéraient que les autochtones qui collaboraient avec la riposte agissent en tant que motivateurs pour la présentation rapide aux CTE. La crainte suscitée par les CTE et la mort représentaient les obstacles plus communs à la présentation rapide. À Mabalako (Mangina), les personnes interrogées ont souligné les obstacles spécifiques liés aux frais de transport et aux mauvaises perceptions des soins. À Bikato Mines, les rumeurs et le manque d'informations figuraient parmi les obstacles supplémentaires mentionnés. Il a été fait mention d'un exemple de conseil donné dans une église à Bikato selon lequel il ne fallait pas se rendre dans les CTE et que le virus Ébola était un démon. Dans une deuxième étude qualitative, les personnes interrogées ont évoqué les CTE comme faisant partie de la conspiration « commerce Ébola ». Ils ont décrit des rumeurs incessantes concernant ce qui se passait « réellement » à l'intérieur, y compris le prélèvement d'organes pour les revendre : « *Le virus Ébola n'existe pas. Lorsque l'on arrive au CTE, on leur injecte des produits qui les tuent* » (CASS, septembre 2019). D'autres études ont identifié un manque continu d'informations concernant les CTE : de fausses informations de la part des dirigeants, un manque de connaissance des symptômes et un manque de compréhension du CTE ; les populations sont confuses quant aux différences entre les CTE et les centres de transit (TSF, CASS, Novetta). À Butembo/Katwa (CASS, octobre 2019), les populations maquaient également de confiance dans les tests de dépistage du virus Ébola, car les symptômes n'étaient pas clairs. L'utilisation d'une langue que les populations ne comprennent pas contribue à renforcer les craintes ; par exemple, le terme « chambre d'isolement » est interprété par certains comme la pièce dans laquelle on « attend la mort » et « CTE est un mot qui nous a fait peur. Nous sommes vraiment terrifiés par ce mot. » (Pharmacien, Beni, TSF, septembre 2019). Une mise en garde contre des CTE frauduleux émanant du Ministère de la santé de la RDC a également contribué à réaffirmé les rumeurs au sujet de faux traitements (Novetta, septembre 2019).

Surveillance :

Tandis que les cas diminuent dans l'est de la RDC, la surveillance publique s'intensifie autour de chaque cas de virus Ébola soupçonné. Plusieurs nouveaux cas récemment identifiés à Beni ont constitué un point de désaccord entre les journalistes locaux, ainsi que des affirmations selon lesquelles il y aurait des écarts entre les chiffres indiqués par le gouvernement et les données indiquées par les membres du personnel de riposte (Novetta, novembre 2019). Ceci peut contribuer à renforcer la désinformation communautaire concernant les motivations des membres du personnel de riposte, dans la mesure où les signalements sont considérés comme étant une manière de gagner de l'argent par les membres du personnel de riposte qui doivent signaler un certain nombre de cas pour conserver leurs emplois. Bien que des efforts aient été mis en œuvre pour réduire cela, une étude qualitative réalisée par World Vision (Septembre 2019) a révélé que les perceptions des équipes de surveillance continuaient d'être axées sur les conséquences négatives générées par le nombre important de véhicules et les arrivées bruyantes et « remarquées », tandis que les équipes « tombent sur » et « envahissent » la communauté pour répondre à une alerte. Cela constitue une source majeure de stigmatisation et d'anxiété : « *Lorsque l'on procède à des déplacements sur le terrain pour identifier et tester des cas suspects, dès que l'on arrive, un groupe d'enfants se rassemble devant la maison du cas suspect et crie « il a Ébola, il a Ébola »... » et « Personne ne s'approchera plus d'un ancien patient ou d'un cas contact dans le quartier. »* (World Vision, septembre 2019). Une étude qualitative menée à Beni (TSF, septembre 2019) a révélé que des termes spécifiques avaient également généré la confusion : un « cas » était associé au terme nande « ka » (un petit criminel) tandis qu'un « cas contact » était associé à une personne atteinte du VIH et à la prostitution : « *Au début, on ne comprenait pas la langue des médecins étrangers. Par exemple, lorsqu'ils parlent de « contact » sans donner plus d'explications, on s'est demandé ...quel genre de contact ... numéro de téléphone ? Contact sexuel ? »* (Infirmière, Beni). Au mois d'octobre, les canaux WhatsApp locaux surveillés par Novetta ont suggéré que l'outil thermo-flash utilisé aux postes de contrôle était imprécis et que de nombreuses personnes qui n'avaient pas de fièvres étaient quand même soumises à des dépistages, et qu'il y avait également des preuves selon lesquelles certaines personnes préconisaient d'ingérer du paracétamol pour faire baisser leur température corporelle avant de franchir la barrière.

Connaissance et compréhension du vaccin contre le virus Ébola :

Entre le 8 août 2018 et le 4 janvier 2020, 261 285 personnes ont été vaccinées avec le vaccin rVSV-ZEBOV-GP contre la maladie à virus Ébola.¹⁷ En réponse à une requête de la sous-commission vaccination, en septembre 2019 la CASS a réalisé une synthèse des données collectées entre août 2018 et septembre 2019 afin d'identifier des recommandations visant à renforcer leurs opérations.¹⁸ Cette synthèse incluait 14 études menées par la CASS (3 061 participants), 18 148 points de retours communautaires provenant de la FICR et 2 études menées par TSF (216 participants). Les principales conclusions ont indiqué qu'il y avait, parmi les agents sanitaires et les communautés, des niveaux élevés de connaissance du vaccin et une croyance selon laquelle il était protecteur. L'étude a mis en évidence la nécessité d'informations ciblées à développer, en utilisant des médias différents, axées sur les effets secondaires potentiels du vaccin, d'explications quant à son fonctionnement ainsi qu'au processus de vaccination en anneau et à l'éligibilité. La méfiance à l'égard du vaccin a été générée par des incompréhensions concernant son fonctionnement ainsi que par des expériences négatives telles que la vaccination par des étrangers, des agents sanitaires incapables de répondre aux questions et parfois, la présence de la police. La mise en œuvre de recommandations par la sous-commission est suivie par l'intermédiaire du système CASS MONITO.

Une étude réalisée dans le but de mieux comprendre les inquiétudes des membres de la communauté à Bikato Mines, dans la province de l'Ituri (Octobre 2019) a révélé une faible participation aux programmes de vaccination dans les districts de Lalia et Mupanda, et a identifié des craintes, des rumeurs, des incertitudes, une perception d'injustice et un manque de confiance en tant que facteurs clés de la réticence à participer aux programmes. De brèves études menées par Novetta (n=450, septembre - novembre) à Butembo et Beni ont révélé que les raisons auto-déclarées pour lesquelles les personnes interrogées refusaient d'être vaccinées contre le virus Ébola incluaient : un manque de confiance dans l'efficacité du vaccin, des préoccupations en matière de sécurité, les effets secondaires, les maladies chroniques, la pression exercée par les proches, la méfiance générale à l'égard des vaccins et les craintes selon lesquelles le vaccin inoculait le virus Ébola. Il y avait des rumeurs et des craintes continues selon lesquelles le vaccin était susceptible de provoquer des avortements, des maladies, des « troubles mentaux » et la mort : « *Tous ceux qui ont reçu le premier vaccin vont devenir fous dans cinq ans* » (SGC, octobre 2019) et « *Nous refusons d'être vaccinés par crainte de mourir d'ici 5 ou 10 ans, qui représente la durée de vie d'une personne vaccinée* » (CASS, octobre 2019). Il y avait également des inquiétudes concernant le fait de savoir si les populations devaient se faire vacciner maintenant qu'il existait un « remède » (traitement) (CASS, SCG, Novetta, septembre - octobre 2019). La participation au programme de vaccination était considérée par certains comme une participation au « commerce Ébola » : « *Mon pasteur m'a dit que recevoir le vaccin était un péché. Je n'écoute pas le commerce Ébola, j'écoute mon pasteur, ainsi, je ne commets pas de péché pour avoir pris un faux vaccin* » (Novetta, octobre 2019). Les membres du personnel de santé ont constitué l'une des cibles principales des campagnes de vaccination ; à Mambasa (CASS, septembre 2019), 100 % des cliniques privées et publiques et des membres du personnel médical ont indiqué avoir été vaccinés bien que seulement 13 % des pharmaciens et 50 % des praticiens traditionnels l'aient indiqué. À Beni, 6 époux de patients guéris sur 7 avaient été vaccinés, ainsi que 13 travailleuses du sexe sur 18 (CASS, octobre 2019). Les chauffeurs de motos-taxis étaient manifestement en faveur de la vaccination dans les radiodiffusions et dans la presse écrite locales au mois de novembre lors d'une action visant à vacciner les employés des services de transport en commun à Beni (Novetta).

Entre son introduction le 14 novembre 2019 et le 4 janvier 2020, 4 802 personnes avaient été vaccinées avec le vaccin Ad26.ZEBOV/MVA-BN-Filo (J&J) dans la zone de santé de Karisimbi, à Goma. En dehors de la zone expérimentale, plusieurs études ont révélé que les citoyens exprimaient des inquiétudes et de la méfiance à l'égard de l'introduction d'un deuxième vaccin, ainsi qu'un mécontentement quant à l'idée d'un autre essai expérimental opérant dans la région. Ils ont formulé des questions concernant la compatibilité des deux vaccins, se demandant si le premier vaccin était devenu moins efficace et ont trouvé déroutant le fait qu'il y ait deux vaccins pour une seule maladie, dans la mesure où cela semblait être en contradiction avec les contre-mesures médicales habituelles relatives à d'autres maladies pouvant être évitées par la vaccination (CASS, octobre 2019 ; Novetta, octobre 2019). Avec le début de la campagne de vaccination J&J à Goma, des allégations erronées ont circulé début novembre, selon lesquelles les femmes enceintes allaient tomber malade et mourir si elles recevaient le vaccin (Novetta). La nature expérimentale des vaccins contre le virus Ébola demeure extrêmement problématique pour beaucoup : « *On nous a dit que le vaccin était encore au stade expérimental, et je n'oublierai jamais ce mot de toute ma vie. Lorsque j'ai vérifié dans le dictionnaire, je me suis rendu compte que j'étais devenu un cobaye, et j'ai immédiatement eu des doutes...je faisais désormais partie d'un essai, et les essais peuvent échouer* » (agent social communautaire, Beni, TSF, septembre 2019). Une importante organisation de la société civile, La Lucha, a affirmé que le deuxième vaccin représentait un conflit d'intérêt dans la mesure où il « *favorise la recherche au lieu de sauver des vies* » (Novetta, novembre 2019). Par opposition, les médias locaux ont mis en évidence le fait que l'administration du vaccin formulé par J&J à Goma par Médecins Sans Frontières (MSF) s'était déroulée de « *manière tranquille et très respectueuse* », « *sans incident* » ; une majorité significative de voix dans la couverture médiatique régionale a répondu favorablement au leadership de MSF. Toutefois, un message diffusé par MSF le 23 septembre, encourageant davantage de transparence de la part de l'OMS et ce qui concerne la distribution des vaccins, a été utilisé par certains pour affirmer que le vaccin n'était pas nécessaire et générerait un recyclage des perceptions antérieures selon lesquelles l'OMS et MSF se livraient une « *guerre territoriale* » pour le contrôle opérationnel de la flambée épidémique, ce qui est susceptible d'atténuer les perceptions publiques selon lesquelles l'OMS est complice du « *Commerce Ébola* » : « *Les agents de riposte ont déjà introduit 2 vaccins. Un vaccin conçu par le Dr. Muyembe et il s'agit du meilleur vaccin qu'ils donnent aux blancs et aux riches. Un autre vaccin a été conçu par les blancs avec la complicité de Kabila pour exterminer la population de l'est où ils veulent exploiter l'or et le pétrole.* » (Novetta, Lubero, octobre 2019). L'annonce du gouvernement russe, le 12 novembre, selon laquelle ils allaient fournir 5 000 doses du vaccin russe EpiVak contre le virus Ébola pour être testés ainsi que deux autres vaccins n'a fait que renforcer ces perceptions publiques négatives : « *Si c'est vrai, personnellement, je pense que le gouvernement manipule les esprits des gens* » et, « *cela montrera aux gens que le virus Ébola est vraiment un commerce* » (Novetta, novembre 2019).

L'expérience communautaire inhérente aux programmes de vaccination contre le virus Ébola est susceptible de ne pas avoir eu d'impact sur l'acceptation publique de la vaccination systématique des enfants, y compris sur les nouvelles campagnes de vaccination contre la rougeole et la polio réalisées en septembre et octobre 2019. Des études réalisées par la CASS à Butembo/Katwa/Kalunguta et Goma (octobre et août 2019), ont révélé que 90 % et 81 % des personnes interrogées (n=559 and n=400) indiquaient avoir confiance dans la vaccination systématique des enfants. Toutefois, l'étude réalisée à Butembo/Katwa/Kalunguta a révélé que 50 % des personnes interrogées avaient indiqué que les campagnes de sensibilisation à la vaccination avaient cessé et 17 % d'entre elles ont déclaré qu'elles craignaient désormais tous les vaccins en raison de l'introduction du vaccin contre le virus Ébola : « *Nos enfants n'ont pas été vaccinés...c'était une manière de punir les femmes pour [s'être opposées] aux actions de la riposte* » (Interview, Butembo, CASS). Les nouvelles mesures de prévention (par exemple, des gants jetables) et les inquiétudes relatives à la transmission nosocomiale ont

engendré le fait que les agents sanitaires mettent plus de temps pour procéder aux vaccinations systématiques (CASS, octobre 2019).

Pratiques funéraires :

En date du 6 janvier 2020, 20 840 alertes relatives aux EDS avaient été signalées par le biais de la base de données de la Croix-Rouge, parmi lesquelles 18 790 (86 %) avaient été prises en charge avec succès par les équipes chargées des EDS de la Croix-Rouge et de la protection civile ainsi que par les équipes chargées des inhumations pour la réduction des préjudices au sein de la communauté. 19 Les données ont continué d'indiquer une acceptation communautaire relativement élevée des enterrements dignes et sécurisées. Une étude qualitative réalisée par World Vision (septembre 2019) et SCG (octobre 2019) a identifié une diminution importante de la résistance communautaire et des rumeurs (concernant le vol d'organes, par exemple) tandis que les équipes chargées des EDS ont tenté d'impliquer davantage les familles et les communautés dans le processus d'inhumation : « *Oui, avant on nous jetait des pierres et la famille croyait que l'on retirait certains organes, comme par exemple la poitrine et les organes génitaux, mais il s'agissait de rumeurs. Lorsque l'on a commencé à montrer le corps à la famille, ils ont compris qu'il ne s'agissait pas de cela...* » (World Vision). Les participants à un groupe de discussion à Butembo ont indiqué des changements positifs dans les pratiques des équipes chargées des EDS, y compris les pratiques traditionnelles, telles que le fait d'habiller un corps avant l'inhumation, délier les cheveux tressés, laver le corps du défunt. Ces pratiques continuent d'être adaptées afin de répondre aux préoccupations concernant la propagation et la contamination du virus Ébola (SCG et World Vision) ; toutefois, les pratiques funéraires adaptées ont été utilisées avec consternation : « *Vous savez, pour nous les Nandes, lorsque l'on pleure un défunt, on le touche et on lui parle, on lui donne le message qu'il transmettra aux autres êtres chers qui sont décédés avant lui, et cela nous apporte un peu de consolation. Alors quand on nous interdit de toucher le défunt, cela nous brise le cœur encore plus ; on le prend avec beaucoup de regrets...* » (World Vision). Des inquiétudes persistent également en ce qui concerne l'utilisation des sacs mortuaires, qui empêcheraient l'âme d'être libérée dans l'au-delà et les membres de la communauté ont continué d'exprimer de la confusion quant à la raison pour laquelle des tests par prélèvement étaient nécessaires pour tous les décès, même lorsque la famille savait pertinemment que la cause du décès n'était pas le virus Ébola (SCG). Une étude qualitative menée par TSF (septembre 2019) a révélé que les membres de la communauté à Beni ne comprenaient pas le terme « prélèvement » tandis que d'autres termes pouvaient être interprétés différemment, comme par exemple enterrement dignes et sécurisée (« décès après mutilation ») et décès communautaire (« mort d'une communauté »). Le développement d'un nouveau cimetière par la mairie de Katwa a été interprété comme un signe selon lequel la riposte s'apprêtait à tuer davantage de membres de la communauté en les infectant avec le virus Ébola (SCG). Les membres de l'équipe chargée des EDS et les gardiens des cimetières ont exprimé des inquiétudes au sujet de leur propre sécurité post-Ébola dans la mesure où certains avaient été menacés pour avoir été complices de la riposte.

Survivants et soutien psychosocial :

Les survivants ont continué d'être les principaux défenseurs de la lutte contre la désinformation communautaire et à apporter leur soutien aux équipes de riposte, avec beaucoup d'entre eux impliqués dans la prise en charge des patients et l'engagement communautaire. La surveillance des médias traditionnels et sociaux par Novetta (septembre-novembre 2019) a révélé un soutien communautaire pour les survivants, bien que les perceptions négatives aient eu tendance à recevoir beaucoup plus d'attention. Les membres de la communauté ont indiqué un manque d'orientation pour surveiller les survivants après leur sortie ainsi qu'une vaste série de croyances quant à la possibilité que les survivants infectent leurs communautés locales, y compris les demandes d'un « *camp d'isolement* » pour que les survivants restent à l'écart de la société pendant une période de 500 jours afin de s'assurer qu'ils évitent de propager la maladie (Novetta, septembre-novembre). Des cas isolés ont continué d'être signalés dans les médias locaux, selon lesquels à Beni, des survivants du virus Ébola avaient été réinfectés plusieurs mois après et étaient décédés ; cela s'est avéré nuisible à la réinsertion des survivants dans la mesure où les communautés se sont demandées si les survivants étaient réellement immunisés et cela s'est rajouté au scepticisme concernant l'exactitude des dépistages du virus Ébola : « *Un survivant m'a dit, il semble que ces survivants qui meurent actuellement du virus Ébola indiquent que leur premier résultat de dépistage était erroné, ce n'était pas le virus Ébola, ils avaient survécu à une autre maladie* » (Novetta, novembre). Une brève étude menée par Novetta (septembre-novembre 2019) à Beni et Butembo a révélé que 37 % des personnes interrogées (n=300) ne prendraient pas un repas avec un survivant. Les survivants étaient considérés comme des « *complices* » de la riposte ; une rumeur extrême a suggéré que les survivants avaient délibérément des relations sexuelles non protégées dans le but de propager le virus pour de l'argent (SCG, octobre 2019). Une étude qualitative menée auprès de survivants à Beni (CASS, octobre 2019) a révélé que certains d'entre eux continuaient à avoir des relations sexuelles non protégées et ont mis en évidence la nécessité de séances en couple avec des survivants afin de s'assurer que les deux partenaires connaissent l'importance de l'utilisation de préservatifs. Une étude qualitative réalisée par SCG (octobre 2019) a suggéré que de nombreux survivants avaient perdu leurs emplois en raison de craintes de contamination et que beaucoup d'entre eux étaient confrontés au rejet, dans certains cas, par leurs propres familles : « *Cela me fait de la peine lorsque je passe devant l'école où j'enseignais, et que les enfants me reconnaissent et se mettent à crier dans ma direction : Ébola, Ébola !* » (Survivant, Novetta, octobre 2019). Les orphelins et veuves du virus Ébola continuent de subir des traumatismes et d'être victimes de discrimination au sein de leurs communautés. Les données issues des retours communautaires recueillis par la FICR ont également indiqué l'impact psychosocial continu de la flambée épidémique au niveau communautaire : « *Nous vivons actuellement une période mouvementée à laquelle l'amour de son prochain est affaibli en raison de la maladie à virus Ébola* ».

Terminologie utilisée dans la riposte :

Dans le contexte de la méfiance et de la peur, la langue parlée et les descriptions utilisées présentent des influences subtiles considérables sur les perceptions de confiance et d'identité. L'utilisation du lingala (la langue de Kinshala et de l'armée, également associée aux violences perpétrées à l'encontre des civils dans la région, par exemple, les massacres) durant les premiers mois de la riposte contre Ébola a été critiquée comme étant l'une des principales raisons pour laquelle les populations évitaient les équipes de riposte : « *Nous avons peur du lingala dans la ville de Beni. Ceux qui parlent lingala, on dit qu'ils viennent nous massacrer* » (Technicien de laboratoire, Beni, TSF). Une étude réalisée par TSF (septembre 2019) a indiqué que plusieurs des termes médicaux spécifiques utilisés dans la riposte contre le virus Ébola étaient en français et n'étaient pas systématiquement traduits et expliqués dans d'autres langues. Cette étude a révélé que certains résidents de Beni ne comprenaient pas certains termes médicaux apparemment simples en français, comme par exemple « allergique », « virus » ou « molécule » et que les populations locales considéraient que beaucoup des termes utilisés dans la riposte contre le virus Ébola étaient durs, et y réagissaient de manière négative. Les membres de la communauté ont continué de demander des explications de mots perçus comme stigmatisants ou effrayants, tels que « cas suspecté », « isolement », ou « CTE ». À Beni, les participants à un groupe de discussion ont sollicité des informations sanitaires en swahili localisé et en nande de Beni afin de renforcer la confiance et la localisation de la riposte.

En l'absence de traductions standardisées, les éducateurs sanitaires ont utilisé des mots en français pour évoquer le virus Ébola, même en parlant une autre langue. Pour les personnes qui ne parlaient pas français ou étaient moins instruites, des termes apparemment simples tels que *cas probable*, *infectieux*, *guéri*, et *épidémique* demeurent imprécis et entravent la bonne compréhension. Il a été révélé qu'un terme tel que « virus » n'était toujours pas universellement compris. D'autres termes ont généré de la confusion en raison de leur nature technique et de l'absence d'une explication médicale détaillée. Même si les individus comprenaient les concepts médicaux tels que « molécule » ou « vaccin expérimental », la signification et les implications de ces termes dans le contexte de la riposte contre le virus Ébola demeuraient imprécises. Les membres de la communauté ont également exprimé de la frustration en ce qui concerne les compétences linguistiques du personnel de riposte : « *Quand on est malade, on se retrouve avec des membres du personnel qui parlent seulement français. On ne se comprend pas, et on perd confiance. Il essaye de parler un dialecte de swahili que je ne comprends pas. Il peut écrire des choses dans ses notes que je ne comprends pas.* » (Femme, Beni, TSF, septembre 2019). Il a été suggéré que cette langue pouvait engendrer le fait que les patients et les familles se sentent insultés ou préoccupés par le fait que les membres du personnel dissimulaient des éléments, renforçant la distance sociale, les rapports de force et la perception de contrainte à des thérapies et à des traitements expérimentaux. Cela a également généré de la confusion et un manque de confiance quant au déroulement des événements et concernant ce qui devrait être fait : « *En médecine, il existe de nombreux termes. Si vous avez contracté la malaria, on n'appelle pas cela la malaria, on vous dit que vous avez le « paludisme ». Si on n'est jamais allé à l'école, on ne comprend rien et on est perdu. C'est l'une des raisons pour laquelle les gens ne vont plus se faire soigner. Quand on arrive là-bas, on a peur, ils commencent à utiliser leurs propres termes, et après on vous emmène sans vous poser de question.* » (Résidente, Beni, TSF, septembre 2019). L'étude a également mis en évidence le fait qu'une sensibilité plus importante était nécessaire en ce qui concerne les éléments de communication non verbale, y compris le langage corporel et gestuel, l'apparence, les normes culturelles et les mœurs. Par exemple, garder une casquette en parlant était considéré comme extrêmement impoli, tandis que les femmes en jeans moulants étaient embarrassantes (TSF, septembre 2019). Des images spécifiques sur les affiches et les tracts étaient considérées comme inappropriées ou étaient mal interprétées ; par exemple, une image montrant une femme en mini-jupe faisant partie de l'équipe chargée des enterrements dignes et sécurisées ou un homme avec un visage très mal dessiné. Les couleurs étaient également perçues comme présentant des significations culturelles spécifiques. Sur les « anciennes » affiches du virus Ébola, le rouge et le doré/jaune étaient les couleurs principales ; cela a contribué à renforcer les perceptions selon lesquelles le virus Ébola était un commerce : le rouge symbolisait la mort, tandis que le doré/jaune représentait la richesse (TSF, septembre 2019).

Perceptions communautaires de la riposte :

Les citoyens au sein de la région continuent d'exprimer le besoin de ressources adéquates dans le cadre de la lutte contre le virus Ébola ; les cas étant de moins en moins fréquents, l'opinion publique est fortement influencée par la menace de plusieurs cas en recrudescence et la propagation du virus. Novetta a révélé que davantage de voix positives avaient émergé au cours de cette période de référence à Butembo et Goma, comparativement à Beni, où l'on assistait à une évolution négative en raison de la violence accrue et de la résurgence du virus Ébola. Les études réalisées par la CASS à Butembo/Katwa/Kalunguta (octobre 2019), Goma (août 2019) et Mambasa (septembre 2019) ont révélé qu'une proportion relativement élevée des membres de la communauté (>60 %) avait interagi avec le personnel de la riposte. Par rapport à juin 2019, SCG (octobre 2019) a identifié plus de soutien à l'égard de la riposte contre le virus Ébola à Butembo du fait d'une implication, d'un renforcement des capacités et d'un engagement communautaires plus importants (avec les autorités sanitaires, les dirigeants de la société civile, les responsables d'organisations de femmes et de jeunes et les dirigeants locaux) ainsi que la diminution des nouveaux cas. On a également constaté un engagement communautaire continu avec des groupes d'influence tels que Veranda Mutsanga, ainsi que les milices Maï-Maï à Beni au mois d'octobre, malgré les violences qui se poursuivent dans la région (Novetta). Les médias et les professionnels de la santé locaux ont fourni une couverture extrêmement favorable de MSF en octobre et les citoyens locaux ont fait l'éloge de l'OMS pour ne pas avoir déserté lorsque des problèmes de sécurité menaçaient les opérations (Novetta). On a également constaté des éloges importants au mois de septembre lorsque le Dr Jean-Jacques Muyembe (« *médecin populaire* ») a été nommé à la tête des actions de riposte contre le virus Ébola en RDC, qui a continué à recevoir une couverture extrêmement positive au cours de la période de référence (Novetta) en tant que l'une des personnalités publiques la plus fiable parmi la riposte. La démilitarisation a été saluée dans certaines régions de Beni et Butembo, mise en évidence en tant que réussite d'engagement communautaire, bien que cela ait également été interprété comme un signe de désintérêt à l'égard de la menace du virus Ébola de la part du gouvernement local (Novetta, octobre 2019).

Toutefois, des demandes pour une localisation plus importante de la riposte ont été réitérées dans les médias sociaux, y compris le fait que des autorités médicales nationales assument l'entière responsabilité de la riposte tandis que les étrangers présents au sein de la région sont de moins en moins bienvenus (Novetta, octobre 2019). La perception de salaires exorbitants des membres du personnel a généré des demandes de systèmes de recrutement de ressources humaines plus transparents afin de faire face à ce que certains considèrent comme un personnel incompetent (World Vision, SCG) ce qui contribue à exacerber les réticences et les refus communautaires. D'après les données compilées par SCG (octobre 2019), il a été signalé que le nombre de véhicules de luxe privés utilisés par les équipes de riposte a diminué à Kayna, Karisimbi et Nyiragongo, suite à des critiques communautaires à long terme, tandis qu'à Katwa, ils auraient été remplacés en grande partie par des motos. Les observations relatives à la distance sociale se poursuivent, bien qu'il soit difficile de savoir si elles sont rétroactives, à quel moment les événements se sont produits et quelle proportion des membres du personnel actuels continuent d'être considérés comme des « étrangers » : « *Quand les médecins arrivent et qu'on ne les connaît pas, leurs vêtements sont inappropriés et irrespectueux, avec leurs grands chapeaux, leurs kanga dadi (jeans moulants) et leurs Motorolas [...] nous avons peur de les approcher.* » (Femme, Beni, TSF, septembre 2019). Malgré ces rapports négatifs, les données globales issues des brèves enquêtes menées par Novetta (septembre-novembre 2019) à Butembo et Beni ont révélé que la majorité des personnes interrogées soutenait les professionnels de la santé étrangers ainsi que les équipes de riposte. Les personnes interrogées à Beni ont indiqué que les équipes se comportaient bien et fournissaient des informations de haute qualité, (CASS, septembre 2019) ; toutefois, moins de 40 % des membres de la communauté à Butembo/Katwa/Kalunguta (n=559, octobre 2019), Goma (n=400, août 2019) et Mambasa (n=393, septembre 2019) ont indiqué qu'ils comprenaient la manière d'opérer de la riposte ainsi que le rôle des différentes interventions, tandis que parmi les personnes ayant eu des interactions avec le personnel de riposte à Mambasa, seulement 40 % ont indiqué avoir été bien traitées et 75 % d'entre elles estimaient que les membres du personnel de riposte n'avaient pas été suffisamment informés au sujet du virus Ébola. La surveillance des médias locaux par Novetta (octobre-novembre 2019) a révélé des problèmes concernant la motivation du personnel de riposte qui a été associée à la période prolongée durant laquelle ils n'ont pas reçu de salaires, ce qui a suscité des appels à des grèves à Butembo au mois de novembre. À Beni, des inquiétudes ont été exprimées au mois d'octobre concernant une réduction générale d'activité de la part des partenaires de riposte, les suppressions d'effectifs, une baisse

des diffusions à la radio locale et une réduction de la sensibilisation communautaire et du partage des informations au sein de communautés spécifiques (Novetta).

Les perceptions relatives à l'impact économique de la riposte était variable et, d'après l'étude réalisée par la CASS à Butembo et Katwa (n=792, novembre 2019), elles sont presque autant divisées parmi ceux qui estiment que la situation économique s'est améliorée et ceux qui pensent qu'elle s'est détériorée. Par exemple, 54 % des personnes interrogées ont indiqué qu'il y avait plus d'argent circulant au sein de la communauté en raison du virus Ebola ; toutefois, 38 % d'entre elles ont également déclaré dépenser plus d'argent pour des biens et des services de ce fait et 34 % estimaient que le coût des denrées alimentaires avait augmenté. La plupart des nouvelles opportunités économiques sont directement associées à la riposte (89 %), bien que certaines personnes interrogées (>10 % chacune) aient constaté des augmentations dans le secteur des services, les entreprises privées et en tant que journaliers.

Cette idée selon laquelle les membres du personnel de riposte prolongent délibérément la flambée épidémique est répandue, et les membres de la communauté estiment que le personnel local est complice du commerce Ebola : « *Ils ont englouti l'argent de l'ennemi qui veut nous exterminer* » et « *Une infirmière qui, auparavant, gagnait 100 \$ par mois, gagne désormais 100 \$ par jour. Vous croyez qu'elle veut vraiment que l'épidémie soit éradiquée ?* » (World Vision, septembre 2019). Les rumeurs ont persisté concernant le fait que la riposte contre le virus Ebola était liée au profit, à l'exploitation, au génocide et au pouvoir politique : « *Le virus Ebola est satanique. Les morts sont sacrifiés pour renforcer le pouvoir de Kabila. Ceux qui travaillent pour Ebola gagnent beaucoup d'argent parce qu'ils aident Kabila et les blancs à tuer les Congolais* » (Novetta, octobre 2019). L'arrestation de l'ancien ministre de la santé, le Dr Oly Ilunga, a été largement mentionnée en tant que preuve que le virus Ebola constituait une activité commerciale tandis qu'une nouvelle chanson, accompagnée d'un clip vidéo, est devenue le cri de ralliement pour les citoyens qui sont opposés aux activités de riposte à Butembo, qui associe la flambée épidémique à des motivations politiques et financières et est largement partagée dans les médias locaux (Novetta, septembre 2019)²⁰. Au mois d'octobre, les canaux de médias sociaux surveillés par Novetta ont fait circuler des rumeurs selon lesquelles la nourriture fournie par les ONG aux patients et aux contacts était vendue sur les marchés locaux par les équipes de riposte.

Déplacements de population et propagation du virus Ebola :

Les populations dans l'Est de la RDC sont réputées pour être mobiles. Une étude réalisée par la CASS à Butembo et Katwa (n=792, novembre 2019) a révélé que 27 % des personnes interrogées avaient eu l'arrivée d'un nouveau membre du foyer chez elles et une proportion similaire avait un membre du foyer qui avait déménagé dans une autre zone de santé au cours des 3 derniers mois. Certaines communautés ont réitéré les demandes pour que l'on procède à des contrôles plus agressifs des déplacements de population et à des dépistages afin d'éradiquer l'épidémie, y compris le fait d'isoler les régions au sein desquelles des cas ont été identifiés (World Vision, septembre 2019). Une brève étude ethnographique réalisée à trois points d'entrée/postes de contrôle à Goma (où le premier cas de virus Ebola est apparu à la mi-juillet 2019) a révélé que de nombreuses personnes refusaient de se laver les mains et que leur température soit prise avec des thermo-flashs en raison des longues attentes, de l'incrédulité à l'égard du virus Ebola, des complications engendrées et des perceptions de la mauvaise qualité de l'eau, « *[l'eau] provient du lac et le chlore peut causer des problèmes de santé* ». ²¹ Les agents aux postes de contrôle ont sollicité des dispositifs de lavage des mains plus modernes comme ils ont au Rwanda. Les postes de contrôle étaient peu appréciés, comme l'a déclaré une femme : « *Quand on arrive au poste de contrôle, on est fatigués avec nos charges lourdes sur la tête et le dos et on doit subir des harcèlements pour nous contraindre à payer de l'argent à la police.* » Comme il a été noté dans les données issues des retours communautaires recueillis par la FICR, ceci semble courant parmi les agents et les autorités. Certaines personnes croyaient que le thermo-flash était un moyen de propager le virus Ebola, et d'autres ont été contraintes de se soumettre à un dépistage par la police, bien qu'il existe de nombreuses façons de contourner ces postes de contrôle. Au 5 janvier 2020, le nombre total de cas positifs identifiés au Points d'Entrée (PdE) et aux Points de Contrôle (PdC) s'élevait à 30.22

Violence et insécurité :

Au cours de la période de référence, une opération majeure a été initiée dans la province du Nord-Kivu par les Forces armées de la RDC (FARDC), suite aux promesses de campagne du Président Tshisekedi d'éradiquer les Forces démocratiques alliées (FDA), ce qui a engendré le décès de plus de 200 citoyens tandis que les membres des FDA cherchaient à se venger et la capitulation des miliciens Mai-Mai. Les habitants de la région estimaient que les FARDC étaient mal équipées par leur mission contre les FDA et ont appelé la MONUSCO à rejoindre le combat (Novetta, septembre-novembre 2019). Les critiques à l'encontre des forces des NU (qui, par association, inclut l'OMS) ont atteint un sommet de neuf mois, et comprenaient des accusations de responsabilité pour la mort des manifestants, le manque de soutien aux FARDC et l'absence de protection des civils ; les manifestations contre la MONUSCO ont engendré l'incendie d'un complexe des NU à Beni et des demandes répétées l'ONU quitte la région.²³ Tandis que l'opération menée par les FARDC s'est poursuivie à Beni, les membres de la communauté ont sollicité que des ressources supplémentaires soient mobilisées des activités de riposte contre le virus Ebola à Butembo pour être utilisées pour régler des questions liées à l'insécurité (Novetta). Au mois de novembre, des habitants de Beni ont diffusé des messages selon lesquels ils souhaitaient le départ de tous les partenaires de riposte contre le virus Ebola ainsi que de la MONUSCO ; une source locale a déclaré : « *Les agents de la riposte mobilisent beaucoup d'argent... tandis que les massacres [qui tuent] depuis des années sont moins intéressants pour la communauté internationale* » (Novetta, novembre 2019). La surveillance des médias sociaux par Novetta a révélé que les attaques perpétrées dans la zone de santé de Mabalako faisaient l'objet de nombreuses discussions, avec des accusations selon lesquelles les FARDC collaboraient avec des groupes rebelles locaux pour faire obstacle à la riposte contre le virus Ebola.²⁴

Les violences ont continué d'avoir des répercussions majeures directes sur la riposte contre le virus Ebola et les populations locales. Les menaces formulées à l'encontre des agents qui collaborent à la riposte ont demeuré relativement courantes, et des personnes interrogées à Katwa et Kayna (SCG, octobre 2019) ont révélé que suite à la riposte, certaines personnes allaient lancer l'opération « *On sait où tu habites* » pour attaquer les foyers des personnes ayant collaboré avec la riposte. Les grèves, les barrages routiers, et les conflits entre les différents groupes sociaux ont continué de placer les membres du personnel de riposte dans des situations difficiles tandis que le soutien varie en fonction des opportunités politiques. Des rapports datant du mois d'octobre (Novetta) ont révélé que certaines stations de lavage des mains situées dans des régions à risque élevé de conflit avec les FDA avaient été organisées en tant que sites d'embuscade. L'opération majeure des FARDC en cours dans la région de Beni depuis le mois d'octobre représentait le principal sujet d'intérêt des médias à Beni et Butembo, d'après les analyses réalisées par Novetta. Suite à cela, des attaques et des menaces ont continué d'être perpétrées à l'encontre des CTE et des établissements de santé à Beni et dans les environs, et des attaques de plus petite envergure ont demeuré fréquentes et ciblaient les centres de traitement et les stations de lavage des mains, ce qui met en évidence une résistance continue à l'égard des mesures de prévention contre le virus Ebola même si le nombre de nouveaux cas a baissé (Novetta, octobre-novembre 2019). Au mois de novembre, Novetta a révélé que des menaces à l'encontre de journalistes et

d'animateurs de radio (qui soutenaient la riposte) avaient été réitérées et avaient engendré le meurtre d'un journaliste local à Butembo tandis que des structures et des véhicules de la riposte avaient été détruits dans la zone de santé de Mabalako (supposément par des Maï-Maï, qui recherchaient une infirmière spécifique qu'ils ne trouvaient pas).²⁵ Suite à une attaque de rebelles perpétrée à Biakato fin novembre, qui a fait de nombreuses victimes parmi les membres du personnel de riposte contre le virus Ébola, peu de critiques formulées à l'encontre des agresseurs Maï-Maï ont été constatées sur les canaux des médias sociaux ou traditionnels (en comparaison avec le décès du Dr Richard Mouzoko).

Études incluses dans la note stratégique de synthèse

| Organisations | Description de l'étude | Période de collecte des données | Méthodes |
|--|---|---------------------------------|--|
| CASS (Cellule Analyse Science Sociale) | Brève étude sur les connaissances, les perceptions et les pratiques sanitaires à Goma | Août, 2019 | N=400 participants au questionnaire. |
| CASS | Brève étude sur les connaissances, les perceptions et les pratiques communautaires à Mambasa | Septembre 2019 | Enquête CAP, n=393 personnes interrogées. |
| CASS | Brève étude sur les refus de se rendre aux CTE | Septembre 2019 | 16 entretiens avec des personnes ayant refusé de se rendre dans un CTE et 2 FGD avec des membres de la communauté dans des régions de Mandima, Mabalako, Butembo et Katwa. |
| CASS | Brève étude socio-anthropologique : observations de points d'entrée et de postes de contrôle à Goma | Septembre 2019 | Brève ethnographie (observations et entretiens informels). |
| CASS | Perceptions et impact de la distribution de kits WASH-IPC (Beni, Mandima et Mabalako) | Septembre 2019 | 115 entretiens individuels (Beni, Mandima et Mabalako) avec des foyers vivant à proximité d'un cas de virus Ébola qui avait reçu des kits WASH-IPC. |
| CASS | Brève étude sur les connaissances, les perceptions et les pratiques des agents sanitaires associées au virus Ébola | Septembre 2019 | N=68 FOSA à Mambasa et Mandima. |
| CASS | Étude sur les perceptions et l'utilisation du préservatif parmi les survivants et leurs partenaires sexuels à Beni | Octobre 2019 | 5 FGD et 57 entretiens. |
| CASS | Perceptions de la vaccination autour de la vaccination en anneau contre le virus Ébola à Laliya et Mupanda | Octobre 2019 | Groupe de discussion avec 120 dirigeants communautaires et entretiens informels avec 30 jeunes hommes et femmes à Lalia et Mupanda, Biakato Mines, Province de l'Ituri |
| CASS | Perceptions de la fermeture du centre de santé de CODEMUCO | Octobre 2019 | Entretiens avec 110 membres de foyers et un groupe de discussion avec des dirigeants communautaires, quartier de Lalia, Biakato Mines, Province de l'Ituri. |
| CASS | Étude de méthode mixte sur les connaissances; les perceptions et les pratiques en matière de santé communautaire | Octobre 2019 | N=559 participants au questionnaire et 34 entretiens avec des intervenants clés et 1 FGD à Butembo, Katwa et Kalunguta. |
| CASS | Perceptions des impacts socio-économiques du virus Ébola | Novembre 2019 | N=792 participants à l'enquête (396 à Butembo et 396 à Katwa) dans 35 zones de santé |
| World Vision et l'Université catholique de | Étude des obstacles à la faible utilisation des mesures de prévention au cours de la flambée épidémique du virus Ébola, dans la Province du Nord-Kivu | Septembre 2019 | 52 entretiens semi-structurés approfondis à Butembo, Katwa, Beni, Kalunguta et Goma. |
| Search for Common Ground | Tupone Wote Pamoja (Healing Together in Eastern DRC) Analyse du conflit, Butembo, Province du Nord-Kivu | Octobre 2019 | 11 groupes de discussion et 18 entretiens avec des intervenants clés à Butembo (Kayna, Katwa, Nyiragongo, Karisimbi et Rwanguba). |
| FICR | Tableau de bord des retours communautaires en ligne contenant des données de perception qualitatives | Septembre – Novembre 2019 | Des informations supplémentaires concernant le système et la méthodologie sont accessibles sur : https://odihpn.org/magazine/bringing-community-perspectives-decision-makingebola-response-democratic-republic-congo/ |
| FICR | Opinions communautaires au sujet du statut de la flambée épidémique d'Ébola septembre – octobre 2019 | Septembre – Octobre 2019 | Analyse de 689 observations issues de retours communautaires. |
| Novetta | Analyse sociale PALM | Septembre-Novembre 2019 | Analyse d'environ 18 000 citations extraites des médias traditionnels (radio, journaux, diffusions) et de publications sur les médias sociaux (WhatsApp, Facebook, Twitter) et n=450 participants à l'enquête à Beni et Butembo. |
| Traducteurs sans Frontières (TSF) | Étude qualitative ? visant à évaluer les défis liés à la communication au sujet du virus Ébola à Beni, Province du Nord-Kivu. | Septembre 2019 | 25 groupes de discussion et 20 entretiens ouverts et semi-structurés avec un échantillonnage basé sur des quotas de groupes d'hommes et de femmes d'âges différents. Observations ethnographiques structurées et discussions informelles au sein de 9 établissements de santé dans 8 secteurs de la santé dans la zone de santé de Beni. |

Références et notes

- 1 Compilations de données en matière de science sociale et comportementale en RDC de la SSHAP disponibles sur https://www.socialscienceinaction.org/resources/?_sft_region=west-and-central-africa&_sft_document-type=briefings&_sft_post_tag=ebola
- 2 Le Ministère de la santé et l'Organisation mondiale de la santé ont mis en place un outil de veille qui cartographie les différentes activités de riposte disponibles dans les zones affectées. L'outil de veille pour le mois de mai est disponible sur https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/activites_s21.pdf
- 3 <https://www.unicefyouth.com/ureport>
- 4 Plus d'informations sur <https://odihpn.org/magazine/bringing-community-perspectives-decision-makingebola-response-democratic-republic-congo/>
- 5 Toutes les positions sont basées sur la fréquence et ont été fournies par les CDC et la FICR.
- 6 Les zones « à risque élevé » représentent les zones au sein desquelles un cas a été détecté au cours des 21 derniers ; les zones « à risque modéré », un cas tous les 22 à 62 jours ; et les zones « à faible risque », un cas tous les 63 jours ou plus.
- 7 Il y avait 926 questions « autre » au mois de septembre. « Autre » est un groupe hétérogène d'observations qui ne correspondaient à aucun des codages figurant sur la liste de codage actuellement utilisée par les CDC pour analyser les données. Les questions de la catégorie « autre » sont régulièrement modifiées afin d'identifier de nouveaux codages. Les déclarations figurant dans la catégorie « autre » comprenaient : Pourquoi le ministre de la santé a-t-il démissionné ? Pourquoi tous les patients sont-ils disponibles pour les agents de la riposte ? Pourquoi ne voulez-vous pas que la maladie soit éradiquée ? Si le virus Ebola n'est pas une activité commerciale, pourquoi avez-vous retiré le premier médecin qui traitait le virus à Beni ? Pourquoi déstabiliser la population avec le virus Ebola ? Pourquoi les politiciens sont-ils impliqués dans la gestion de la maladie à virus Ebola ? Les EDS, le corbillard et l'ambulance seront-ils mis à disposition de la communauté après l'épidémie ? Pourquoi cette maladie a-t-elle fait son apparition lors de la construction du CTE à Goma ?
- 8 Il y avait 1 087 questions « autre » au mois d'octobre. Les déclarations figurant dans la catégorie « autre » comprenaient : Comment puis-je éviter de contracter le virus Ebola lors je prends les transports en commun ? Pourquoi les agents de riposte ont-ils autant d'argent ? Le virus Ebola nous concerne-t-il seulement nous, la population, et pas les autorités ? Pourquoi, lorsque l'on demande à la personne qui travaille pour la riposte si elle peut également se faire soigner au CTE, elle refuse de répondre ? Pourquoi un membre de l'équipe de riposte refus-t-il également d'aller se faire soigner au CTE ? Pourquoi les membres de la riposte qui logent chez les religieuses déféquent-ils dans les puits d'eau que nous utilisons ? Pourquoi les politiciens cherchent-ils encore à nous tuer avec la crise et le virus Ebola ? Cette maladie sera bientôt éradiquée. Dans quelle perspective allez-vous commencer à égorger les populations ? Pourquoi les motocyclistes ne sont-ils pas affectés par la maladie à virus Ebola même s'ils sont en contact avec n'importe qui ?
- 9 Il y avait 913 questions « autre » au mois de novembre. Les déclarations figurant dans la catégorie « autre » comprenaient : Vous, les gens de la Croix-Rouge, vous êtes certains de ce vaccin que l'on est censés prendre ? Pourquoi ceux qui distribuent les denrées alimentaires aux cas de contact sont-ils aussi malhonnêtes ? Les animaux que l'on tue peuvent-ils aussi transmettre le virus Ebola ? Pourquoi les enfants attrapent-ils la rougeole lorsqu'ils sont vaccinés, ne voyez-vous pas que les blancs nous trompent ? Pourquoi ne mangeons-nous pas de viande fumée alors que les animaux ne meurent pas de cette épidémie ? Quelles sont les maladies transmises par des mains sales ? Pourquoi déstabiliser la population avec la maladie à virus Ebola ? Peut-on manger des sauterelles ? Comment empêchez-vous le risque de contamination des animaux aux humains ? Comment peut-on éviter de contracter la maladie à virus Ebola dans les transports en commun ? Nous sommes désolés si les blancs n'ont pas de travail chez eux, mais pourquoi viennent-ils ici ?
- 10 L'enquête menée à Mambasa a révélé que 83 % des personnes interrogées préféraient Radio Amkeni, 25 % RFI et 25 % Okapi, tandis que les données compilées à Goma, les préférences en matière de station de radio étaient beaucoup plus variées et incluaient : RTNC, Yubi FM, RTCT, Radio Sauti ya Njili, Colombe FM, MISHAPI et d'autres.
- 11 Pour le rapport TSF complet, veuillez consulter : https://translatorswithoutborders.org/wpcontent/uploads/2019/12/CR_DRC_BeniAssessment_FN_FINAL.pdf
- 12 Les différences entre les langues régionales et locales sont importantes. D'après la base de données linguistique (caid.cd), le nande est parlé par 90 % et 78 % de la population à Lubero et Oicha. Le swahili est la langue la plus couramment parlée sur tous les territoires à l'exception de Lubero. Le kinyarwanda est parlé par 60 %, 70 % et 15 % de la population à Nyiragongo, Rutshuru et Masisi respectivement, tandis que 80 % de la population parle le nyanga à Walikale. Voir l'étude réalisée par TSF pour plus de détails.
- 13 Le nande du territoire de Beni est très différent du nande parlé dans les territoires de Butembo et Lubero. Les habitants de Beni ont des difficultés à comprendre le nande parlé à Butembo. Le nande parlé à Beni empruntent de nombreux termes au swahili. Voir l'étude réalisée par TSF pour plus de détails.
- 14 Ces données, ainsi que celles qui concernent la manière dont le virus Ebola se propage, reflètent les tendances identifiées dans des études précédemment réalisées par la CASS et la HHI dans plusieurs régions de la Province du Nord-Kivu, tel qu'indiqué dans de précédentes compilations d'analyses de données de la SSHAP.
- 15 Les résultats de l'étude n'indiquaient pas clairement pendant combien de temps il a été demandé aux survivants d'utiliser des préservatifs ; s'il y avait un moyen de faire tester leur sperme afin de détecter le virus ; et si les consignes d'utilisation des préservatifs étaient différentes for les survivants hommes et femmes.
- 16 WHO, External Situation Report 74, January 7, 2020.
- 17 WHO, External Situation Report 74, January 7, 2020.
- 18 CASS, Key considerations for adapting vaccination campaigns. Presentation, September 2019.
- 19 WHO, External Situation Report 74, January 7, 2020.
- 20 Voir vidéo sur YouTube : https://www.youtube.com/watch?v=UsZYYbW6u_o&feature=youtu.be
- 21 La ville de Goma est une ville carrefour située à la frontière avec le Rwanda dotée d'un port lacustre et d'un petit aéroport.
- 22 WHO, External Situation Report 74, January 7, 2020.
- 23 La confiance des Congolais dans la capacité de la mission à assurer la sécurité s'est diminuée au cours des dernières années. En réponse à la question, « Faites-vous confiance à la MONUSCO pour assurer la sécurité de votre quartier/village ? », seulement 15 % des personnes interrogées en décembre 2018 par Peacebuildingdata.org avaient répondu « Oui ». Les manifestations anti-ONU ne sont peut-être pas aussi spontanées qu'elles le semblent, mais planifiées et financées par les agents politiques qui attisent la situation.
- 24 Une analyse contextuelle additionnelle se trouve dans le Kivu Security Tracker du Groupe d'Étude sur le Congo sur <https://kivusecurity.org/> Voir également plus de discussions sur : <https://africanarguments.org/2019/12/11/adf-rebels-in-the-drc-why-are-locals-protesting-against-the-un-again/>
- 25 Les contenus de médias surveillés au cours des neuf derniers mois révèlent que les infirmières ou les professionnelles de la santé ont été ciblés dans plus de 70 % des cas signalés de groupes cherchant à nuire à des membres du personnel de riposte spécifiques. Malgré cela, les attaques perpétrées à l'encontre de membres du personnel masculins sont couvertes par les médias locaux à un taux beaucoup plus élevé (Novetta).