

Considérations clés : comportements en matière de santé dans la province de l'Équateur, RDC

Cette note stratégique résume les considérations socioculturelles clés inhérentes aux croyances et aux comportements en matière de santé dans le contexte de la flambée épidémique d'Ébola survenue dans la province de l'Équateur, en RDC, en juin 2018. Une analyse plus complète devrait être faite avec la population affectée, mais en raison de la transmission qui se poursuit, la priorité a été accordée à la communication des points clés et des recommandations immédiates dans la province de l'Équateur.

Cette note stratégique est basée sur une étude rapide de la littérature grise publiée existante, de l'expérience de précédentes flambées épidémiques d'Ébola en RDC, en Ouganda et en Afrique de l'Ouest, des discussions informelles qui ont eu lieu avec des collègues de l'UNICEF, de l'OMS, de la FICR et du Groupe de sciences sociales GOARN, ainsi que des contributions de conseillers experts du CNRS-MNHN-Musée de l'Homme Paris, de l'Institut Pasteur, de l'Université d'Édimbourg, de l'Institut de Recherche pour le Développement, du Réseau Anthropologie des Epidémies Emergentes, du Social Science Research Council, de l'Université de Floride, de l'Institute of Development Studies, d'Anthologica et autres. Nous souhaitons remercier tout particulièrement Tatiana Carayannis, Lys Alcayna-Stevens, Jean-Benoît Falisse, Romain Duda et Alain Epelboin, ainsi que Santiago Ripolli, Theresa Jones et Ingrid Gercama. La responsabilité inhérente à cette note stratégique revient à la Plateforme Social Science in Humanitarian Action.

Considérations clés

Croyances locales en matière de santé

- D'après les croyances locales en matière de santé, les décès et les maladies sont rarement dus à des « causes naturelles » uniquement. Même s'il est reconnu qu'un individu soit atteint d'une maladie biomédicale (par exemple, la malaria), on continuera de chercher la raison pour laquelle cet individu a contracté cette maladie.
- De nombreuses communautés dans la province de l'Équateur considèrent que le fait de manquer de respect à des parents récemment décédés et ancêtres (*bankolo* en lingala), ou de susciter leur colère, peut avoir des répercussions sur la vie et faire tomber la maladie ou la malchance sur un individu, sur la famille d'un individu et/ou sur sa communauté. Les causes fondamentales d'une maladie sont également liées au mécontentement des esprits des eaux (*mamiwata* en lingala) ou des esprits des forêts (*bilima* en lingala) en colère ; aux « sorciers » (*ndoki* en lingala) jaloux, hommes ou femmes ; aux devins ou « guérisseurs » (*féticheurs* en français local, ou *nganga* en lingala) qui ont été payés pour provoquer les maladies ; à la volonté divine ; à la rupture des interdictions sociales (inhérentes aux relations sexuelles, à la menstruation, aux temps consacré à l'activité sociale, aux associations de propriété ou de sorcellerie etc.) ; et au non respect des tabous alimentaires liés à l'âge, aux phases de vie, et à l'accouchement (en particulier dans la communauté Twa).^{1,2}
- Le comportement des autres (par exemple, un membre de la famille) peut générer le fait qu'un individu tombe malade même si cet individu n'a, lui-même, rien fait de mal. La maladie peut également être dirigée vers une personne spécifique. Par exemple, dans le cas de conflits interpersonnels ou de jalousie, la partie lésée peut « diriger » une maladie vers un individu par l'utilisation de la sorcellerie ou peut être accusée de l'avoir fait si l'individu en question tombe malade. Afin de comprendre la nature d'une maladie ainsi que la ligne de conduite la plus appropriée, il est souvent nécessaire d'identifier la personne ou l'entité considérée comme étant responsable de l'avoir causée.

Comportements en matière de santé et méthodes de prise en charge

- Les faits indiquent que les pratiques locales ne sont pas statiques mais changent et évoluent en fonction des conditions immédiates. Les communautés sont pragmatiques : les comportements individuels et collectifs sont ajustés pour protéger la santé d'un individu ou celle des membres de sa famille et de sa communauté. Les individus essayeront plusieurs traitements pour parvenir à une guérison et chercheront différents types de soins consécutivement ou en parallèle (y compris la biomédecine, l'automédication et les pratiques de guérison locales).
- Les proches fournissent des soins et une compagnie permanents afin d'aider les êtres qui leur sont chers lorsqu'ils sont malades et lorsqu'ils passent de la vie à la mort (voir également la note stratégique SSHAP relative à l'inhumation, aux funérailles et aux pratiques de deuil).³ Il existe un élément communautaire important vis-à-vis de la maladie et du décès, et il est normal que les membres d'une famille accompagnent un proche pour se faire soigner (dans un centre de soins, auprès d'un guérisseur local, d'une église ou autre) et de se réunir au centre de soins ou à l'hôpital en cas d'admission d'un proche. Outre le fait de fournir une solidarité et un accompagnement à travers le processus biomédical, les proches qui accompagnent jouent un rôle logistique essentiel dans la mesure où ils sont généralement chargés de fournir de la nourriture au patient (les repas ne sont pas fournis par les centres), de fournir des soins personnels additionnels, de négocier son traitement (y compris le paiement) et de plaider en sa faveur auprès du personnel de santé.
- L'insuffisance des structures de santé biomédicale en RDC, en particulier les centres de santé et les postes de santé qui sont en première ligne, a été bien documentée. Cela inclut des ruptures de stocks de médicaments de base, un manque d'équipement,

des mécanismes de contrôle de prévention des infections limités, un manque d'eau, d'assainissement et d'hygiène, et des coupures d'électricité. La province de l'Équateur compte 16 zones de santé et 284 centres de santé, mais au sein de la zone de santé d'Iboko, qui constitue la priorité actuelle de l'intervention, il y a seulement 16 centres de santé et postes de santé pour une population d'environ 124 000 habitants dans 138 villages et 48 camps forestiers.⁴ Les ressources humaines pour la santé sont également limitées. Les membres du personnel médical sont souvent sous-qualifiés et non rémunérés, et la couverture est faible.

- Toutefois, la méfiance à l'égard de la biomédecine ne doit pas être exagérée. Tandis que les populations congolaises rurales sont fréquemment décrites comme ayant recours à des soins alternatifs plutôt qu'à un traitement biomédical, il s'agit souvent du résultat de barrières structurelles qui empêchent l'accès aux services biomédicaux, y compris les coûts directs et indirects associés aux consultations et aux traitements ; la distance entre le domicile et le point de prestation de service sur un terrain difficile présentant des options de transport limitées (dans la province de l'Équateur, 50 % de la population vit à plus de 10 km du centre médical le plus proche) ; la pénurie de services (par exemple, les ruptures de stocks de médicaments dans les centres médicaux) ; et, pour les femmes, les difficultés liées à l'obtention de l'autorisation et des ressources de la part du chef de famille pour se rendre dans un centre médical.^{5,6}
- L'automédication avec des médicaments achetés dans des pharmacies, sur des marchés et auprès de revendeurs de médicaments informels (qui sont souvent davantage susceptibles de disposer de stocks de médicaments que les centres médicaux) est également courante.⁷ La circulation de médicaments contrefaits, de mauvaise qualité et périmés demeure un problème majeur.
- Bien qu'il ait été signalé que les centres médicaux privés soient très fréquentés dans les centres urbains en RDC, dans les zones rurales les soins de santé privés sont limités à de petits cabinets médicaux dirigés par des infirmières ou du personnel de santé auxiliaire ayant une formation limitée. Il a été signalé que moins de 5 % de la population utilisait les services de santé privés dans la province de l'Équateur.^{8,9}
- Les connaissances en matière de médecine traditionnelle (*nkisi ya bokoko* en lingala) sont répandues, y compris les plantes médicinales, la fumigation, la scarification, les massages, etc. En particulier, dans les zones rurales de nombreuses personnes soignent des affections communes au moyen de remèdes à base de plantes locaux, bien qu'ils ne soient pas toujours pharmacologiquement efficaces. Les communautés Twa sont réputées pour leurs connaissances et leurs compétences en matière de traitements à bases de plantes et de pratiques de guérison locales, bien qu'elles soient souvent les premières soupçonnées (par les communautés non Twa) de sorcellerie ou d'empoisonnement en cas de décès soudain ou dans des circonstances « suspicieuses » d'un membre de la famille, ou dans le cas où la « malchance » s'abat sur la communauté.
- Différents types de guérisseurs traditionnels peuvent être distingués en termes de pratique et de type de maladies traitées. *Nganga* est un terme générique (en lingala) signifiant « guérisseur traditionnel » au sens large du terme, mais il couvre différents types de praticiens dont des guérisseurs, des devins et des masseurs. Le *Centre de Recherches pour le Développement International* (CRDI) met en évidence trois principales catégories de guérisseurs en RDC : les herboristes qui fournissent des traitements à base de plantes ; les ritualisants herboristes qui se concentrent sur les maladies ayant des causes matérielles et/ou spirituelles et pratiquent souvent la divination en plus de la prescription de traitements à base de plantes ; et les ritualisants purs qui pratiquent la divination et utilisent les rites religieux tels que la prière et l'eau bénite pour soigner non seulement les maux physiques mais également les sujets de préoccupation plus élargis de la vie du client (par exemple, le domaine professionnel, relationnel, etc.)¹⁰ Ces catégories de guérisseurs ne doivent pas être considérées comme étant strictement distinctes. De nombreux guérisseurs sont animés d'un esprit d'entreprise et associent différentes approches et techniques, y compris l'utilisation de produits pharmaceutiques, dans le cadre de leur pratique.
- Il est de plus en plus courant que les populations cherchent à se faire soigner par les chefs religieux, en particulier par les prêtres évangélistes. La prière en groupe est souvent associée à des pratiques divinatoires locales et les soins prescrits peuvent inclure l'isolement, le jeûne et la purge. Les maladies considérées comme ayant été provoquées par des actes de sorcellerie ou des malédictions sont souvent traitées par l'intermédiaire de l'église, et certaines congrégations pensent que les chefs de leurs églises peuvent accomplir des miracles. En termes de dispense de soins, les guérisseurs locaux et les chefs religieux sont décrits comme ayant une relation ambivalente les uns envers les autres, et, comme il a été souligné ci-dessus, les individus passent de manière fluide de l'un de ces fournisseurs de soins de première ligne à l'autre pour tenter de trouver un remède à leur maladie ou malchance. Comme dans d'autres régions d'Afrique, les pratiques de guérison islamiques sont en accord avec les obligations et interdictions islamiques et intègrent la récitation du Coran. Il est de coutume de copier des parties du Coran sur du papier ou du parchemin pour être intégrés à des amulettes ou des talismans qui sont portés par la personne, suspendus au dessus de la porte d'entrée d'une maison ou accrochés à l'intérieur d'un véhicule (par exemple au rétroviseur) pour apporter une protection. Bien qu'il y ait une population musulmane limitée à Mbandaka, il n'a pas été possible d'obtenir des informations supplémentaires quant aux pratiques de guérison islamiques qui sont susceptibles d'être spécifiques à la province.
- De nombreux Congolais soupçonnent le fait que les professionnels de la biomédecine et les différents types de guérisseurs traditionnels tenteront de provoquer ou d'aggraver une maladie de manière à rendre leurs services nécessaires et rentables.
- Au niveau du foyer, les femmes sont chargées de s'occuper des enfants et de la tenue du foyer, tandis que les hommes contrôlent les ressources et l'argent (les revenus et les dépenses). Ce sont les dispensatrices de soins (mères, grand-mères, tantes et sœurs aînées) qui fournissent habituellement les services médicaux, formels et informels, mais elles doivent demander l'autorisation des chefs de famille pour se rendre dans des centres médicaux car, de manière générale, cela génère des dépenses (directes et indirectes). Ceci a été identifié comme étant une barrière essentielle qui empêche l'utilisation opportune des services de santé, en particulier en ce qui concerne la santé infantile.⁶
- Dans la province de l'Équateur, les Twa vivent au sein des zones de santé de Bikoro, Ingende, Iboko, Lotumbe et Ntongo. Les données relatives aux zones de santé indiquent que l'utilisation des soins par les communautés Twa est similaire à celle d'autres groupes ethniques dans la province, bien que cela soit susceptible de dissimuler le fardeau de la maladie plus élevé auquel sont confrontés les Twa (c'est-à-dire le fait qu'ils doivent se faire soigner plus fréquemment que les communautés Mongo

avoisinentes).⁶ D'autres études ont indiqué que seulement 37 % des femmes indigènes avaient accès à des soins prénatals, comparé à 94 % de toutes les femmes congolaises. La marginalisation des groupes Twa a été bien documentée (voir également la note stratégique SSHAP sur la collaboration avec les communautés Twa).¹¹ Une étude récente portant sur cinq villages à Bikoro a indiqué que les Twa évitaient les cliniques rurales en raison du mépris et de la discrimination auxquels ils étaient confrontés de la part du personnel médical, préférant se rendre à l'hôpital de référence de Bikoro où ils étaient « tolérés », bien que maintenus à l'écart des autres patients.^{12,13}

Croyances et comportements en matière de santé dans le contexte d'Ébola

- Bien qu'un déni du virus (à savoir doute du fait qu'« Ébola soit réel ») soit toujours signalé, les croyances locales en matière de santé influencent la manière dont les communautés perçoivent Ébola, sa prévention, sa transmission et ce que l'on considère comme des soins « appropriés ». Des études anthropologiques de précédentes flambées épidémiques ont mis en évidence la fait que diverses théories de causalité utilisées pour expliquer d'autres maladies (tel qu'exposé ci-dessus) sont également utilisées pour expliquer Ébola.¹⁴
- Sorcellerie – Lors de précédentes flambées épidémiques en RDC, les communautés affectées ont établi des liens directs entre Ébola et la sorcellerie et les malédictions. À Kampungu, dans la province du Kasai-Occidental (2007), la flambée épidémique avait été attribuée à des sorciers qui « mangeaient des personnes » lors de leurs pratiques occultes et provoquaient les maladies et les décès, et la sorcellerie avait également été signalée comme étant une cause dominante lors de la flambée épidémique survenue à Isiro, dans la province du Haut-Uele (2012).^{15,16} À Boende, dans la province de l'Équateur (2014), le début de la flambée épidémique avait été lié à de jeunes chasseurs originaires du village d'Inkanamongo qui avaient tenté d'enrichir leur chasse par la magie mais n'avaient pas payé le sorcier qu'ils avaient abordé, et celui-ci s'était alors vengé en proférant une malédiction contre le village.¹⁷ Lors d'une discussion sur la flambée épidémique survenue à Likati, dans la province du Bas-Uele (2017), les communautés l'avaient expliquée en termes de punition pour des pratiques de sorcellerie.¹⁶
- Châtiment et punition pour mauvais comportement – Lors de précédentes flambées épidémiques en RDC, les communautés affectées ont également fait des liens directs entre Ébola et les troubles entre les familles et les ancêtres.¹⁵ Lors de la flambée épidémique survenue à Isiro, dans la province du Haut-Uele (2012), les décès causés par le virus Ébola ont été attribués à des règlements de comptes entre des familles en conflit en raison du non paiement de la dot, tandis que le décès de l'infirmière qui a constitué le cas de référence a également été lié à la jalousie de ses collègues.¹ À Boende, dans la province de l'Équateur (2014), la flambée épidémique a été associée à un vol de poisson, qui avait généré le fait qu'une malédiction soit proférée contre la famille incriminée et avait provoqué des cas de virus Ébola. À Likati, dans la province du Bas-Uele (2017), les communautés ont expliqué la flambée épidémique comme une punition pour des actions immorales.¹⁵
- Croyances religieuses – À Kampungu, dans la province du Kasai-Occidental (2007), une autre explication était que la flambée épidémique était due à un conflit entre Dieu et le Diable, avec les chefs des églises charismatiques et évangélistes en lutte contre la sorcellerie tandis que les sorciers démontraient leur pouvoir en tuant des individus.¹⁵
- Soupçons quant à l'intervention – Des liens directs ont fréquemment été établis entre la transmission du virus Ébola et le personnel de santé et les intervenants (tel qu'il était également courant lors de la flambée épidémique survenue en Afrique de l'Ouest en 2013-2016). À Boende, dans la province de l'Équateur (2014), les équipes de surveillance et les investigateurs de contact ont été qualifiés de « suceurs de sang » et les communautés ont empêché les agents d'intervention d'accéder aux villages en bloquant les routes avec des troncs d'arbres.¹⁵ Des rumeurs ont également laissé entendre que le personnel de santé utilisait du « *garawa* », un poison local, pour tuer les populations.¹⁶ Lors de la flambée épidémique survenue à Isiro, dans la province du Haut-Uele (2012), les communautés affectées qualifiaient les centres de traitement de « camps de la mort », en suggérant que les membres du personnel de santé affaamaient les patients pour accélérer leur décès (ce qui peut être lié au fait que les membres de la famille n'étaient pas en mesure de s'occuper d'eux lorsqu'ils étaient hospitalisés et ne pouvaient pas leur procurer de nourriture).¹ Lors de la flambée épidémique actuelle, un médecin et une infirmière auraient été menacés après que les autochtones les aient accusés d'avoir introduit le virus Ébola au sein de leur communauté.¹⁸
- Soupçons liés au gouvernement, à des motivations politiques et au gain financier – D'autres explications ont souvent suggéré que le virus Ébola constituait un moyen pour le gouvernement de contrôler la population et d'obtenir une aide financière de l'étranger. À Isiro, dans la province du Haut-Uele (2012), comme à l'occasion d'autres flambées épidémiques, le virus Ébola et sa transmission ont été liés à des actes de corruption de la part de membres du personnel de santé et d'autres autorités locales qui auraient tiré un bénéfice financier de la flambée épidémique (par exemple pour améliorer leur accès à « l'argent d'Ébola »).¹ Les flambées épidémiques ont également été perçues comme un moyen de voler du sang et des parties du corps, susceptibles d'être utilisés dans des rituels de sorcellerie pour renforcer le pouvoir de politiciens, ou d'être vendus aux « Blancs » (pour leur donner du pouvoir pour être utilisés dans le cadre d'expérimentations).¹⁶ Lors de la flambée épidémique actuelle, des rumeurs ont circulé selon lesquelles l'état propageait le virus Ébola afin de retarder les élections et/ou de contrôler l'électorat.
- Vaccins – Lors de la flambée épidémique actuelle, des rumeurs ont également circulé selon lesquelles le virus Ébola avait été (ré-) introduit en RDC pour permettre au vaccin rVSV-ZEBOV expérimental d'être testé. Bien que les campagnes de vaccination en anneau aient été en grande partie réussies, les soupçons subsistent et peuvent également être liés à d'autres nouveaux traitements thérapeutiques. Le fait que la RDC ait réussi à surmonter huit flambées épidémiques d'Ébola précédentes depuis 1976 a conduit les communautés à s'interroger quant à la raison pour laquelle le vaccin était introduit seulement maintenant.
- Dans le contexte des théories de causalité locales et de la dépendance à la médecine traditionnelle, il est probable que les patients symptomatiques aient recours à des sources non biomédicales pour se faire soigner. Ceci présente des implications évidentes pour les moteurs de et les barrières à la transmission, ainsi que concernant les personnes qui doivent être impliquées dans l'intervention et la manière dont elles doivent l'être. Lors de la flambée épidémique survenue à Boende (2014), plusieurs cas

ont été liés à un guérisseur autoproclamé qui coupait la peau de ses patients et aspirait une partie de leur sang pour les « soigner » du virus Ebola. À Boende, certaines églises enseignaient que seule la prière pouvait « soigner » les populations et « mettre un terme » à la flambée épidémique parce qu'il s'agissait d'un « acte diabolique ». ¹⁷ De la même manière, lors de la flambée épidémique survenue à Likati (2017), il a été signalé que des personnes malades participaient à des groupes de prière et recherchaient une guérison prophétique avant de se rendre dans les centres médicaux. ¹⁸ Lors de la flambée épidémique actuelle, il a été signalé qu'au moins deux patients avaient été retirés de l'unité de traitement de Mbandaka par leurs familles afin qu'ils puissent aller à l'église et recevoir des prières. ¹⁹

Recommandations

- Un processus bien géré et transparent permettra de réduire les rumeurs associées à la cause ou aux origines de la flambée épidémique d'Ébola actuelle et aux intentions des équipes d'intervention. Des intermédiaires fiables qui sont en mesure d'aider à réduire ou à atténuer les rumeurs doivent être identifiés au niveau local, mais sont susceptibles d'inclure des chefs locaux, des dirigeants communautaires, des chefs religieux et des imams, la Croix-Rouge (qui a une présence à long terme positive et bien établie), ainsi que des stations de radio locales / communautaires (comme par exemple Radio Okapi, une station de MONUSCO, Mission de l'Organisation des Nations unies pour la stabilisation en RDC).
- Les croyances en matière de santé ainsi que les pratiques en matière d'aide médicale et de dispense de soins présentent toutes une influence et sont influencées par des facteurs plus généraux. Lorsqu'elles comprennent le risque lié à la transmission, les communautés sont les mieux placées pour suggérer des modifications acceptables aux pratiques de soins locaux et aux comportements à l'égard de l'aide médicale.
- En impliquant les communautés, en particulier celles qui présentent les niveaux les plus faibles de connaissances en matière de santé, l'intervention doit éviter les termes biomédicaux susceptibles de générer malaises, tensions et rumeurs, et pourraient être interprétés comme étant en contradiction avec les croyances locales en matière de santé. À la place, des explications relatives au risque de transmission, à quel moment et où se faire soigner, ainsi que des mesures de prévention individuelles et collectives doivent être intégrés aux modèles explicatifs locaux.
- Au niveau de la communauté, il est essentiel d'impliquer des décideurs susceptibles de contrôler si une personne présentant des symptômes est ou n'est pas identifiée et prise en charge par les équipes d'intervention. Ces décideurs incluent les hommes chefs de famille, qui contrôlent les ressources. Il est également essentiel d'impliquer directement les femmes, qui sont généralement chargées de dispenser des soins au niveau du foyer aux enfants et proches malades. Afin d'impliquer les femmes de manière efficace, des sessions doivent être organisées dans leur langue maternelle et dans un environnement au sein duquel elles se sentent à l'aise pour demander des explications, ce qui n'est pas toujours le cas lors de réunions mixtes. Les associations de femmes, les groupes religieux et les « associations indigènes » dirigées par les Twa (si elles sont actives dans la zone locale) peuvent aider à mobiliser les femmes au niveau de la communauté.
- Une discussion et un accord au niveau local quant à la manière dont les fournisseurs de soins de santé informels de première ligne doivent être impliqués par l'intervention sont essentiels. Les individus (par exemple, les guérisseurs traditionnels, les chefs religieux, les pharmaciens locaux et les distributeurs de médicaments) doivent être identifiés par la communauté. Plutôt que d'être considérés comme des barrières aux soins efficaces, la portée et l'influence des prestataires informels de première ligne doivent être exploités par l'intervention, dans la mesure où l'expérience révèle que leur implication positive permet de développer la confiance communautaire et la portée des interventions. Ces prestataires doivent disposer d'informations clés relatives aux signes et aux symptômes d'Ébola, et s'ils se trouvent face à un cas présumé, ils doivent être assistés pour le signaler dans les délais opportuns à l'autorité appropriée. Ils peuvent s'avérer être des agents positifs pour un changement de comportement au niveau de la communauté (en dirigeant et en transmettant des informations clés en matière de santé) et peuvent fournir une intelligence en temps réel aux équipes de surveillance et chargées de la recherche de contact. Cet échange d'informations bidirectionnel est essentiel et doit être fourni et promu de manière active, en particulier dans la mesure où la priorité de l'intervention est désormais focalisée sur la surveillance expéditionnaire, la recherche de contact et la vaccination dans la petite ville marchande d'Itipo (zone de santé d'Iboko) et dans les villages avoisinants. Les prestataires informels de première ligne doivent être rémunérés pour leur temps et leur implication à l'instar des autres intervenants communautaires.
- Les barrières structurelles sont susceptibles d'être exacerbées lors d'une situation d'urgence sanitaire. Les structures et cadres de santé locaux, y compris les agents de santé communautaires (*relais communautaires* ou RECO), les unités d'animation communautaires (*Cellules d'Animation Communautaire* ou CAC) et les comités de santé locaux (*Comités de Développement Sanitaire* ou CODESRA) sont essentiels pour la communication des risques et la recherche de contacts, mais disposent de ressources limitées et manquent de moyens de transport nécessaires pour effectuer leur travail correctement. Par conséquent, outre le fait de répondre aux besoins immédiats, l'intervention doit également viser à renforcer les capacités locales.
- Il est essentiel d'évaluer les implications de l'introduction d'un vaccin en termes de ses conséquences sur l'aide médicale pendant et après la flambée épidémique. Il a été signalé que des personnes avaient refusé des soins parce qu'elles « attendaient » le vaccin. Les stratégies d'implication doivent continuer à mettre l'accent sur le fait que le vaccin n'est pas une « solution miracle » et à souligner la raison pour laquelle les comportements protecteurs et les systèmes de contrôle de santé publique doivent être poursuivis malgré le vaccin (voir également la note stratégique SSHAP sur l'introduction du vaccin). ²⁰ Tandis que le nombre de cas est en baisse et après que la flambée épidémique ait été déclarée comme étant terminée, les perceptions et expériences du vaccin (en termes d'intervention, de son statut expérimental et de la manière dont il a été introduit et mis en place, à savoir en tant que vaccination en anneau) doivent être documentées avec précision. Ce processus doit engager des personnes qui ont été directement impliquées dans son administration, des individus l'ayant reçu, et la communauté dans son ensemble. Les conséquences de l'introduction du vaccin sur les comportements inhérents à l'aide médicale et à l'implication avec les services de

santé de manière plus générale (par exemple concernant la vaccination systématique) doivent également être rigoureusement contrôlées et documentées au cours des prochaines semaines et des prochains mois.

- Il est essentiel de mieux comprendre les pratiques spécifiques associées aux croyances locales en matière de santé, aux comportements inhérents à l'aide médicale et à la dispense de soins parmi les communautés affectées, en particulier au sein des zones actuellement sensibles à l'ébola. Des informations clés sont nécessaires en ce qui concerne : la manière dont les communautés comprennent le virus Ebola, sa cause, sa prévention et sa transmission ; ce que les populations considèrent comme des soins « appropriés » ; à qui les populations s'adressent pour se faire soigner, où et à quel moment ; la manière dont les comportements en matière d'aide médicale changent ou sont modifiés dans le contexte d'Ebola ; la manière dont les pratiques de dispense de soins au niveau communautaire changent ou sont modifiés dans le contexte d'Ebola ; la volonté de collaborer avec les équipes d'intervention y compris la surveillance et les investigateurs de contact ainsi que les membres du personnel de santé ; et les recommandations communautaires pour une implication acceptable et appropriée. Une série de questions clés concentrées sur ces questions a été développée, et les partenaires sont encouragés à se référer à la Banque de Questions partagée par la Plateforme Social Science in Humanitarian Action.

Références

- ¹ Epelboin, A. (2012). *Rapport de mission anthropologique sur l'épidémie d'Ebola: Isiro, R. D. Congo*. <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-01090304/document>
- ² Duda, R. (2018). *Les 'Pygmées' Twa de la province de l'Équateur (RDC): brève synthèse de la littérature anthropologique*.
- ³ Bedford J. & Social Science in Humanitarian Action Platform (2018). Key considerations: burials, funerals and mourning practices in Equateur Province, DRC. <http://www.ids.ac.uk/publication/key-considerations-burial-funeral-and-mourning-practices-in-equateur-province-drc>
- ⁴ Ministère de la Santé Publique (2017). *Enquête CAP et nutritionnelle, Province de l'Équateur*. https://www.humanitarianresponse.info/sites/www.humanitarianresponse.info/files/assessments/resume_executif_cap_iboko.pdf
- ⁵ UNDP DRC (2006). *Province de L'Équateur. Profil résumé. Pauvreté et conditions de vie des ménages*. Kinshasa, UNDP DRC. http://www.cd.undp.org/content/dam/dem_rep_congo/docs/povred/UNDP-CD-Profil-PROVINCE-Équateur.pdf
- ⁶ The DHS Program (2014). Congo Democratic Republic DHS, 2013-14 Final Report. <https://dhsprogram.com/what-we-do/survey/survey-display-421.cfm>
- ⁷ Van Dijk, R. (2000). *Christian fundamentalism in Sub-Saharan Africa: the case of Pentacostalism*. Occasional paper. Copenhagen, University of Copenhagen. https://teol.ku.dk/cas/publications/publications/occ_papers/vandijk2000.pdf
- ⁸ UNDP. (2009) *Province de l'Équateur. Profil résumé. Pauvreté et conditions de vie des ménages*. http://www.cd.undp.org/content/dam/dem_rep_congo/docs/povred/UNDP-CD-Profil-PROVINCE-Équateur.pdf
- ⁹ Ministère de la Santé Publique, Division Provinciale de la Santé de l'Équateur. (2010). Plan provincial de développement de la santé de l'Équateur.
- ¹⁰ Centre de recherches pour le développement international (CRDI) (1979). *La médecine traditionnelle au Zaïre. Fonctionnement et contribution potentielle aux services de santé*. Ottawa, Canada. <https://www.idrc.ca/sites/default/files/sp/Documents%20EN/la-medicine-traditionnelle-au-zaire.pdf>
- ¹¹ Alcayna-Stevens, A. et al. & Social Science in Humanitarian Action Platform (2018). Key considerations: engaging the Twa in Equateur Province, DRC. <http://www.ids.ac.uk/publication/key-considerations-engaging-the-twa-in-equateur-province-drc.pdf>
- ¹² Lewis, J. (2000). *The Batwa pygmies of the great lakes region*. London: Minority Rights Group International. <http://archive.niza.nl/docs/200301301200533545.pdf>
- ¹³ Mandjo, B. L. et al. (2015). Biodiversité dans la stratégie alimentaire des Pygmées Batwa de la région du Lac Tumba, République Démocratique du Congo. *International Journal of Innovation and Applied Studies*, 11, 742. <http://www.ijias.issr-journals.org/abstract.php?article=IJIAS-15-031-02>
- ¹⁴ Hewlett, B.S. et al. (2005). Medical anthropology and Ebola in Congo: cultural models and humanistic care. *Bull Soc Pathol Exot* 98(3): 230-236.
- ¹⁵ Paglia, E. (2013). Psychological support during an Ebola outbreak in the Democratic Republic of the Congo. *Intervention*. 11 (2), 195-198. Retrieved from [https://www.interventionjournal.com/sites/default/files/Psychological support during an Ebola outbreak in 8.pdf](https://www.interventionjournal.com/sites/default/files/Psychological%20support%20during%20an%20Ebola%20outbreak%20in%208.pdf)
- ¹⁶ Musene Santini, B. (2017). Aspects socio-anthropologiques de la riposte post-Ebola dans la ZDR de Likati. OMS.
- ¹⁷ Ministère de La Santé Publique (2014). Module de formation en communication sociale, comportementale et de risque et / ou crises en cas d'une flambée de l'épidémie de la maladie à virus Ebola.
- ¹⁸ <https://af.reuters.com/article/africaTech/idAFKCN11Q1S2-OZATP>
- ¹⁹ <http://www.bbc.com/news/world-africa-44229346>
- ²⁰ Bedford, J. & Social Science in Humanitarian Action Platform (2018). Key considerations: vaccine introduction and related community engagement in Equateur Province, DRC. <https://opendocs.ids.ac.uk/opendocs/ds2/stream/?#documents/3641122/page/1>

Contacts

Veuillez nous contacter si vous avez une demande directe relative aux interventions contre le virus Ebola en RDC, ou concernant un dossier, des outils, une expertise technique ou une analyse à distance supplémentaire, ou si vous souhaitez rejoindre le réseau de conseillers.

Pour contacter directement la Plateforme Social Science in Humanitarian Action, veuillez contacter par courriel Juliet Bedford (julietbedford@anthrologica.com) et Santiago Ripoll (s.ripoll@ids.ac.uk)

Centres de liaison clés Plateforme UNICEF : Ketan Chitnis (kchitnis@unicef.org)
OMS : Ashaluck Bhatiasvi (bhatiasvi@who.int)
IFRC : Ombretta Baggio (ombretta.baggio@ifrc.org)
Centre de mobilisation sociale en RDC : (jdshadid@unicef.org)



La Plateforme Social Science in Humanitarian Action : A Communication for Development est un partenariat entre UNICEF, l'Institute of Development Studies (IDS) et Anthrologica. Un financement supplémentaire pour soutenir l'intervention de la Plateforme face au virus Ebola en RDC a été fourni par le Wellcome Trust.