



USAID
DU PEUPLE AMERICAIN



République Démocratique du Congo Rapport d'évaluation pour planification Post-Ebola

Mars 11-24, 2020

RESUME EXECUTIF

La deuxième épidémie d'Ebola la plus meurtrière au monde et la dixième en République Démocratique du Congo (RDC), qui a eu lieu à l'est du pays, a finalement été déclarée finie le 25 juin 2020, après près de deux ans d'efforts combinés des autorités de la RDC, de la société civile et de la communauté internationale. En tout, 3.470 cas ont été rapportés (3.317 confirmés et 153 probables), 2.287 décès et 1.171 survivants et survivantes. Les flambées de la maladie à virus Ebola (MVE) précédentes et la pandémie de COVID-19 en cours ont déjà démontré l'impact que les épidémies de santé peuvent avoir sur la vie des gens, au-delà des aspects de santé. Pour comprendre l'impact de cette épidémie sur les habitants du Nord-Kivu, l'IRC a réalisé une consultation avec les communautés affectées par la MVE en mars 2020.

Ce rapport présente les résultats des discussions de groupe et des entretiens avec des informateurs clés menés auprès de dix communautés de Beni et Butembo, au Nord-Kivu. L'objectif de cette évaluation était de recueillir des données auprès des communautés et d'écouter leur point de vue sur la manière dont la maladie du virus Ebola a affecté leur vie. Le rapport explique la méthodologie et les résultats sectoriels, ainsi que des recommandations. Quelques points saillants :

- La MVE a perturbé le bien-être des communautés, et les personnes consultées ont rapporté avoir ressenti la peur, le stress et la panique. Les personnes rencontrées ont également déclaré qu'ils avaient perçu un manque de compréhension et d'acceptation de la maladie, en raison de la manière dont elle avait été introduite, et qu'ils avaient eu peur de se faire soigner.
- La sécurité était l'une des principales préoccupations des personnes interrogées, tant en ce qui concerne la période de réponse à la MVE que pour l'avenir. Les attaques contre les travailleurs de la santé et les établissements de santé ont suscité la peur, et les travailleurs de la santé communautaire ont déclaré avoir été menacés et attaqués. Les communautés ont également exprimé leurs inquiétudes sur ce qui se passerait après la réponse à la MVE, avec la crainte d'une augmentation de la criminalité et du banditisme en raison du chômage élevé qui s'ensuivrait.
- La MVE a également eu des effets socio-économiques. Les hommes et les femmes ont déclaré qu'il y avait eu des changements dans les relations au sein des familles et des communautés, dans la prise de décision au sein des ménages, et davantage de conflits et de désaccords. Les moyens de subsistance ont également été perturbés, avec des accès aux champs et aux marchés devenu plus difficile, et le marché du travail a été affecté en raison des personnes qui ont été recrutées pour l'intervention de l'EVD. Les femmes ont été exposées à des menaces plus importantes d'exploitation sexuelle et de violence domestique, et l'accès des enfants à la santé et à l'éducation a également été affecté.
- Les personnes consultées se sont senties exclues de la réponse au début, car il y avait peu d'implication des acteurs locaux, et la communication des acteurs de la réponse a créé la confusion. Dans les réponses futures, les communautés recommandent de s'assurer que les différents acteurs locaux participent aux activités et que les approches et les messages de communication adaptés à leurs réalités.
- Les hommes et femmes consultés s'inquiètent de la stigmatisation et de l'isolement qu'elles subiraient, et du retour de la maladie.
- Quatorze pour cent des personnes ont perçu des changements dans leurs besoins par rapport à la période précédant l'épidémie d'Ebola, avec une augmentation des besoins en matière d'eau, d'assainissement et de santé. Lorsqu'on leur a demandé quels étaient les besoins les plus pressants en mars 2020, les groupes et les individus ont le plus souvent cité l'eau, l'assainissement, la santé, les activités génératrices de revenus et la sécurité.
- Lorsqu'on leur a demandé ce que la communauté internationale peut faire pour aider au rétablissement des communautés touchées par la MVE, les réponses les plus courantes ont porté sur des activités génératrices de revenus, la sensibilisation et la promotion de bonnes pratiques d'hygiène par différents canaux.

I. INTRODUCTION

En août 2018, le gouvernement de la République démocratique du Congo (RDC) a déclaré un foyer de la maladie du virus Ebola (MVE) dans la province du Nord-Kivu. L'IRC a réagi en renforçant la prévention et le contrôle des infections (PCI), y compris le triage, le référencement, la surveillance, des formations et des fournitures. Au moment de cette évaluation en mars 2020, l'IRC travaillait dans 85 Formations sanitaires (FOSA). En plus de la PCI, l'IRC a soutenu les communautés par des activités en protection des enfants, ainsi que par des activités de protection et d'autonomisation des femmes. Grâce à la communication sur les risques et aux activités d'engagement communautaire, l'IRC est resté proche des communautés pour comprendre leurs besoins et adapter les interventions en fonction des commentaires reçus.

Afin de planifier la transition de la réponse de la MVE au fur et à mesure que les cas diminuaient, l'IRC a commandé une évaluation interne. L'objectif était de parler avec les communautés et de recueillir des données sur les effets de la réponse Ebola, ainsi que sur les priorités actuelles dans le dit contexte et de la crise humanitaire en cours dans la province. Ce rapport présente les conclusions et les recommandations de l'évaluation, basées sur les voix et les perspectives des communautés.

1.1. Méthodologie

Comme l'objectif était de recueillir des données sur les priorités au niveau communautaire, cette évaluation n'a pas requis de mener l'enquête au niveau des ménages. Traditionnellement, une enquête auprès des ménages est utilisée pour recueillir les expériences individuelles en relation avec une crise, comme le nombre de fois que les individus mangent au cours d'une journée, les pratiques d'hygiène spécifiques, etc. Au lieu de cela, les données sur les priorités de la communauté pouvaient être obtenues par le biais d'entretiens avec des informateurs clés (IC) et de discussions de groupes de réflexion (GR). Au fur et à mesure de la conception des enquêtes, les questions ont été alignées sur la base des données secondaires existantes, telles que les évaluations de l'IRC¹ et autres évaluations externes². L'objectif était d'éviter les questions redondantes si l'information existait déjà dans d'autres rapports.

Bien que certaines questions étaient du type quantitatif, la plupart des données étaient qualitatives, afin de recueillir des détails et des perspectives plus spécifiques. L'équipe a estimé qu'il y avait un risque de guider trop l'évaluation, au point que les personnes interrogées pourraient simplement dire "oui" à tout, ou que cela ne leur donnerait pas la possibilité d'expliquer comment leurs communautés étaient touchées par la MVE. Pour analyser les données qualitatives, des codes ont été attribués aux réponses en fonction des thèmes qui se dégagent des données (par exemple, analyse inductive ou fondée). Les comptes au sein des données (par exemple N=x) sont basés sur le nombre de mentions. Par exemple, si l'on demandait aux IC "comment la MVE a affecté les femmes dans votre communauté" et qu'une IC énumère trois choses, tandis qu'une autre IC en énumère cinq, ce serait le nombre de fois qu'une chose est mentionnée. Si ces deux IC mentionnent que les femmes sont ridiculisées ou humiliées, alors ces données seront codées ensemble, et ce sera N=2 pour "les femmes sont stigmatisées". En outre, des citations sont insérées dans ce rapport le cas échéant, en gardant à l'esprit qu'elles ont été traduites de la langue locale au français (les données ont été interprétées par les évaluateurs et saisies en français), puis traduites en anglais.

Les GR étaient environ 10 personnes par groupe, séparément hommes et femmes. Après discussion avec l'équipe d'intervention, les IC ont été sélectionnés comme points focaux au sein de la communauté, tels que les chefs de village, les enseignants, les chefs religieux et les vendeurs. Pour représenter les besoins des femmes et des enfants, les IC étaient issues d'associations de femmes, ainsi que d'organisations communautaires axées sur la protection des enfants : les parlements d'enfants (Parlement d'enfants) ; les RECOPE (Réseau Communautaire pour la Protection de l'Enfant) ou les réseaux de protection de l'enfance ; et une organisation ministérielle, la DIVAS (Division d'Affaires Provinciales de Nord Kivu). Les IC de la santé comprenaient des infirmiers ou infirmières, ou des médecins de la PCI d'établissements de santé, des comités de développement sanitaire du ministère (CODESAS), des agents de santé communautaires et des guérisseurs traditionnels. Tous les participants ont donné un consentement éclairé et tous étaient âgés de plus de 18 ans, car cette évaluation n'avait pas un besoin d'interviewer des enfants.

¹ International Rescue Committee. 4 février 2020. "[Not all that bleeds is Ebola: how the DRC outbreak impacts reproductive health](#)". Et IRC mars 2019: "[Tout repose sur ses épaules](#)".

² Mercy Corps. 12 August 2019. "[The Ebola Effect: Economic Impact of a Public Health Care Crisis](#)".

World Vision. February 2020. "[Fear and Isolation: the impact of Ebola and war on child protection in the Democratic Republic of Congo](#)".

TWB. December 2019. "[We need to talk: Effective Ebola risk communication requires respect and transparency and remains as vital as ever](#)".

L'objectif était d'apprendre comment les hommes et femmes des communautés avaient perçu les effets positifs et négatifs de la MVE, et leur point de vue sur les besoins de leur communauté, plutôt que sur leurs propres ménages. Pour obtenir des perspectives diverses, les équipes ont élu les IC mentionnées ci-dessus en se basant sur leurs expériences. Ces personnes ont été jugées aptes à parler au nom des communautés sur les besoins et les changements dans chaque communauté (par exemple, les enseignants peuvent parler de leurs observations sur les besoins des enfants).

Les données ont été collectées entre le 11 et le 24 mars, avec l'aide d'appareils mobiles et de la plateforme KoboCollect. Au total, 111 IC ont été interrogés, mais huit d'entre eux ont été supprimés car ils étaient des doublons (par exemple, deux chefs de village dans un même lieu), ce qui aurait pu biaiser les perspectives. Sur les 103 IC, 38 étaient des femmes (37%) et 65 des hommes. Il y avait 20 GR (10 hommes, 10 femmes), avec des participants dans chaque GR allant de 7 à 16 personnes. L'IRC vise 8 à 10 participants par groupe pour permettre une participation active de chaque participant. Dans ce contexte, malgré les efforts pour maintenir un maximum de 10 participants, la moyenne était de 12. Au total, 237 personnes ont participé aux GR, dont 128 femmes et 109 hommes. Cela signifie qu'entre les IC et les GR, 340 personnes ont été interrogées, avec un ratio de 49/51 % entre les femmes et les hommes (166 femmes et 174 hommes) respectivement.

1.2. Localités

L'équipe d'évaluation a coordonné avec l'équipe de santé pour déterminer les lieux les plus appropriés pour cette évaluation. L'IRC a appuyé pendant la période de la MVE (août 2018 – juin 2020) en tout 123 FOSA (de septembre 2018 - 31 décembre 2019), et travaillait avec 85 FOSAs en mars 2020 lors de l'évaluation. Trente d'entre elles ont été retirées comme lieux d'évaluation potentiels, parce que l'IRC était en train d'arrêter progressivement l'appui sur la base des scores PCI positif (ce qui signifie qu'il y avait moins de cas de MVE et que le besoin d'aide était moindre que dans les autres FOSA). Pour faire la sélection finale des 53 FOSA restants, des aspects de sécurité, logistique et limitations de temps ont été pris en compte et la liste a été réduite à 32 FOSA situées près des bureaux IRC à Beni et Butembo. Pour sélectionner les 10 derniers (avec quelques sauvegardes, en cas de problèmes de sécurité), l'équipe a choisi des FOSA où le PCI était plus directement engagé avec la communauté (plutôt qu'un hôpital de référence ou HGR). L'objectif était d'être aussi "proche" que possible de la communauté afin d'obtenir des perspectives pertinentes. Sept des dix derniers sites étaient à Béni : Butsili, Emmanuel D'Alzon, Kasabinyole, Kasanga, Mapendo, Mulamo et Paida ; et les trois autres à Butembo étaient Makasi, Malende et Vuteste. Au total, les dix sites ensemble avaient enregistré 22 cas confirmés d'Ebola entre 2018 et 2020.

1.3. Limitations

Le volume de données qualitatives et de codage a rendu difficile la désagrégation et l'association du sexe ou du type d'IC à chaque résultat. Cependant, tout au long du processus de codage, s'il y avait une anomalie ou une citation ou donnée particulièrement remarquable, une note était attribuée pour mentionner la source et le sexe de l'IC. Il y a eu peu d'opinions divergentes tout au long du processus de codage et d'analyse des données qui ont nécessité une comparaison entre les hommes et les femmes, ou le type d'IC. L'équipe a également rationalisé certaines questions de GR (par exemple, poser des questions aux femmes sur les besoins des femmes, et aux hommes sur les besoins des hommes, plutôt que de poser les deux), en raison du volume de questions et du temps alloué à la collecte des données. Une autre limitation a été le délai pour obtenir l'autorisation de la part de la coordination Ebola pour effectuer l'évaluation sur le terrain, ce qui a limité le temps disponible pour faire les entretiens et les sessions en groupe.

Les évaluateurs étaient un mélange de personnel de l'IRC ainsi que du personnel recruté localement. Le personnel de santé a été impliqué pour clarifier les termes techniques dans leurs entretiens avec les IC de santé. Pour réduire les biais, ce personnel a travaillé dans différentes FOSA de l'IRC à Mabalako, plutôt que dans les dix sites évalués. En outre, d'autres membres du personnel de l'IRC ne travaillaient pas directement au sein d'un programme, mais étaient des points focaux pour l'engagement communautaire et la redevabilité. Comme ils ont l'habitude de recueillir des informations en retour dans tous les secteurs, ces employés ont été considérés pour éviter des biais. Les évaluateurs recrutés localement ont fait équipe avec le personnel de l'IRC pour aider à la collecte des données (certains évaluateurs ayant une expérience différente) et pour que l'IRC reste aussi impartial que possible pendant la collecte des données.

II. LE CONTEXTE DU NORD-KIVU ET DE L'ITURI AVANT LA MVE

La RDC est confrontée depuis plus de deux décennies à une crise humanitaire et à des déplacements massifs, en raison de conflits armés et de problèmes structurels de gouvernance. Depuis 2017, la situation n'a cessé de se détériorer et en 2020, la RDC était la troisième crise humanitaire majeure dans le monde, avec 15,9 millions de personnes en besoin d'une aide humanitaire. Les zones Est du pays sont aujourd'hui touchées par une crise de déplacement prolongée et chronique, une crise de protection majeure et plusieurs épidémies (choléra, rougeole), qui ont entraîné des besoins humanitaires élevés dans les provinces du Nord-Kivu et de l'Ituri.

Chiffres clés de l'Aperçu des Besoins Humanitaires 2020 RDC

- 15.9 million de personnes dans le besoin
- 8.1 million de personnes ciblées pour assistance
- 8.59 million d'enfants vulnérables
- 15.57 million de personnes en crise alimentaire (IPC 3 and 4)
- 5.51 million de personnes déplacées internes

Avant le début de l'épidémie d'Ebola en 2018, la synthèse des besoins humanitaires estimait que 1,2 million de personnes avaient besoin d'une aide humanitaire dans les deux provinces, et que plus de 1,3 million de personnes étaient déplacées. Depuis le 1^{er} août 2018, la situation dans les deux provinces a continué à se détériorer. Cela est dû en partie à la crise politique qui a déstabilisé le pays depuis 2015, ainsi qu'à une intensification des conflits interethniques et des attaques de groupes armés non étatiques, notamment contre les acteurs et les établissements de santé.

Secteurs prioritaires identifiés dans le Plan de Réponse Humanitaire 2018 pour le Nord-Kivu et Ituri selon nombre de personnes dans le besoin :

1. Protection: 1,23 M
2. Eau, hygiène et assainissement (EHA) : 1,22 M
3. Santé: 0,68 M
4. Sécurité alimentaire: 0,64 M
5. Abris et Articles Ménagers Essentiels (AME): 0,57 M
6. Education: 0,48 M
7. Nutrition: 0,14 M

L'Organisation Mondiale de la Santé avait enregistré plus de 420 attaques contre des établissements de santé et des travailleurs de la santé entre le 1^{er} août 2018 et le 27 février 2020, dont 11 morts et 86 blessés. Il s'agit d'une augmentation significative par rapport aux années précédentes, puisque deux attaques avaient été enregistrées entre le 1^{er} août 2016 et le 30 juillet 2018³.

Dans les zones qui avaient été historiquement moins touchées par les conflits, comme la ville de Butembo, l'insécurité et la criminalité⁴ ont augmenté pendant la période de l'épidémie d'Ebola, et les besoins globaux en services de base sont restés élevés tout au long de l'année.

³ Surveillance system for attacks on Health Care (SSA) – World Health Organization

⁴ INSO MVE report 2019 ; INSO alerts ; Kivu Security Tracker data.

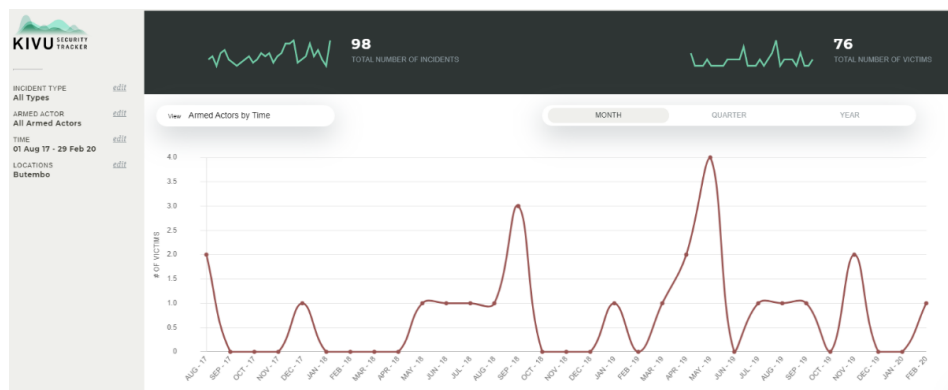


Figure 1 Kivu Security Tracker data pour le territoire de Butembo – Août 2017 – Février 2020

En raison de l'intensification des conflits, le nombre de personnes déplacées dans les deux provinces a continué d'augmenter, tandis que les besoins humanitaires sont restés largement insatisfaits en raison d'un sous-financement systématique depuis plusieurs années, avec des déficits de financement proches de 50 % depuis 2017, et à la mi-2020, le HRP pour cette année ne finançait que jusqu'à 14%.

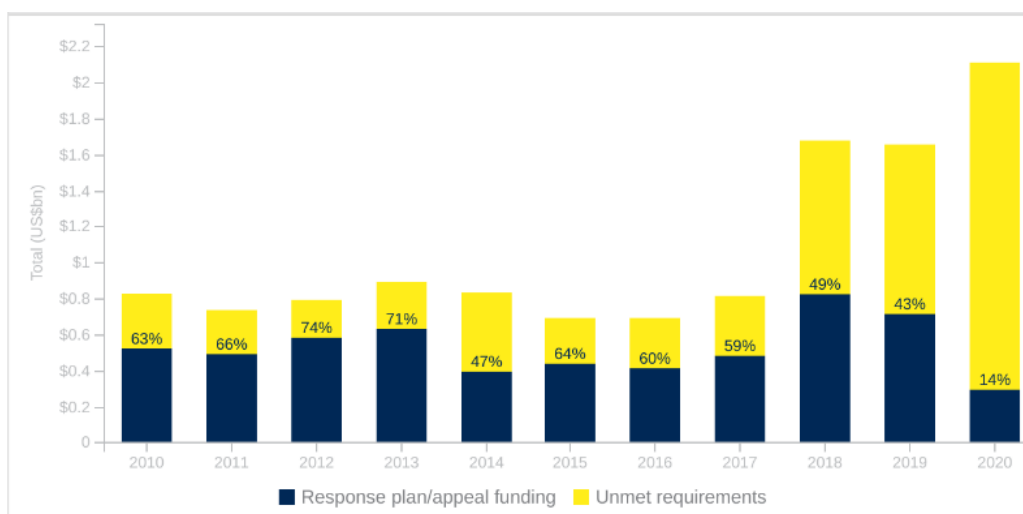


Figure 2 FTS UNOCHA: Tendances dans les financements reçus et besoins des plans de réponse humanitaire RDC 2010- June 2020

Au cours des premiers mois de la réponse de l'EVD, les organisations humanitaires avaient également fait part de leurs préoccupations quant à l'impact de la réponse sur les opérations humanitaires et au manque de financement humanitaire nécessaire pour répondre aux besoins humanitaires les plus urgents.

Des 1,2 million de personnes estimées ayant besoin d'une aide humanitaire dans les premiers mois de 2018 en Ituri et au Nord-Kivu, le nombre est passé à 4,3 millions de personnes en 2020 pour les deux provinces⁵. La forte augmentation des besoins humanitaires ne peut pas que être attribuée uniquement à la réponse de l'EVD, car certaines des zones qui ont été confrontées à une intensification des conflits et ont été touchées par des catastrophes n'ont pas été touchées par l'épidémie d'EVD, mais une analyse réalisée par OCHA entre septembre 2018 et octobre 2019 a indiqué que la vulnérabilité des personnes vivant dans les 17 zones sanitaires qui ont été doublement touchées par l'EVD et une situation humanitaire a augmenté selon plusieurs indicateurs, sauf dans une zone⁶.

⁵ Plans de réponse humanitaire pour le Nord-Kivu et Ituri 2018, 2019 ; Plan de réponse humanitaire pour le Nord-Kivu et ex-province Orientale 2020, Aperçu des besoins humanitaires 2020.

⁶ Indicators analyzed in the Humanitarian Response Plan for North-Kivu and the ex-Provincial looked at the number of IDPs and returnees; number of protection incidents; morbidity of epidemics such as cholera, measles and Yellow Fever; IPC phase per health zone and malnutrition.

III. CONSTATS GENERAUX EN MARS 2020

Lorsque les IC ont été demandés comment l'EVD avait perturbé les communautés, les dix mentions les plus courantes en nombre étaient :

1. Peur, stress et panique dans la communauté (par exemple, de l'inconnu, de la visite des malades). Ce point a été mentionné par 21 personnes et confirme les résultats de recherches antérieures menées pendant et après l'épidémie d'Ebola en Afrique de l'Ouest en 2014-2016 et les recherches en sciences sociales menées pendant l'épidémie au Nord-Kivu⁷.
2. Manque de compréhension et d'acceptation (par exemple, ne pas savoir comment se comporter, ne pas comprendre l'origine de la maladie). 17 personnes ont déclaré que c'était l'une des principales perturbations et ont précisé que "*le virus Ebola a été mal introduit par les équipes d'intervention*" et que "*les gens ne comprenaient pas cette maladie car elle tuait comme les massacres*". Plusieurs recherches ont montré que l'absence de communication appropriée et d'engagement efficace avec les communautés a entraîné un manque de compréhension et d'acceptation⁸, qui a contribué à alimenter une forte méfiance, y compris des actes de violence contre la riposte.
3. Peur de se faire soigner (par exemple, manque de confiance dans le centre de santé, manque de confiance dans le vaccin). 16 personnes ont déclaré que l'EVD leur avait fait craindre de se faire soigner, et pour certaines c'est ce qui freinait les gens de se faire vacciner. L'épidémie était perçue comme une affaire, imposée par des personnes qui parlaient des langues étrangères. Les recherches menées par la cellule d'analyse des sciences sociales en septembre 2019 sur le territoire de Beni avaient en effet conclu que la peur était l'un des principaux obstacles à la recherche d'un traitement, ce qui avait un impact sur les délais pour visiter des centres de santé. Une précédente évaluation du programme de l'IRC sur la santé sexuelle et reproductive dans l'épidémie d'Ebola a également montré que les femmes retardaient leur visite aux centres de santé en raison de la peur, ce qui ajoutait des retards mettant la vie en danger pour certaines⁹.
4. Le manque de cohésion sociale, et plus précisément des changements dans les relations entre amis, le manque d'engagement dans la communauté et le manque de solidarité ont été signalés par 15 personnes. La MVE a "*diminué le degré d'amour et de solidarité dans la communauté*", a créé une distance au sein des communautés et a "*perturbé les relations entre les amis et les parents*".
5. Des conflits ou des désaccords, entre familles, entre infirmières et familles ayant perdu des membres, ont également été signalés par 12 personnes.
6. Faire face à la mort et aux traumatismes a été mentionné par 10 personnes. "*Tout le monde s'attendait à la mort*" et des communautés démoralisées ont été entre autre nommées. Dans l'épidémie d'Afrique de l'Ouest, les recherches avaient montré que les personnes souffraient de stress post-traumatique dû à la MVE, y compris les travailleurs de la santé et les survivant-e-s, et cela a également été reflété dans les recherches menées dans l'épidémie du Nord-Kivu.¹⁰
7. Les activités quotidiennes avaient été perturbées et des changements de coutumes avaient été remarqués par six personnes.

⁷ A. O'Leary, M. F. Jalloh and Y. Neria. "Fear and culture: contextualising mental health impact of the 2014-2016 Ebola epidemic in West-Africa".

⁸ P. Vinck PhD et al. 27 mars 2019. "Institutional trust and misinformation in the response to the 2018-19 Ebola outbreak in North Kivu, DR Congo: a population-based survey"; Translators without borders, décembre 2019. "Il faut qu'on parle. La communication efficace sur les risques liés au virus Ebola nécessite à la fois du respect et de la transparence et demeure plus vitale que jamais". TWB mars 2019. "Cible manqué? Une évaluation rapide des besoins linguistiques à Goma, RDC".

⁹ International Rescue Committee. 4 février 2020. "Not all that bleeds is Ebola: how the DRC outbreak impacts reproductive health".

¹⁰ L. Paladino, R.P. Sharpe, S.C. Galwankar, Juin 2017. "Reflections on the Ebola Public Health Emergency of International Concern, Part 2: The Unseen Epidemic of Posttraumatic Stress among Health-Care Personnel and Survivors of the 2014-2016 Ebola outbreak."; Shultz JM, Baingana F, Neria Y. 2015. The 2014 Ebola outbreak and mental health: Current status and recommended response; World Vision. Février 2020. "Fear and Isolation: the impact of Ebola and war on child protection in the Democratic Republic of Congo".

8. Il y a également eu six mentions de raisons politiques et/ou d'élections perturbées. Les élections législatives et provinciales qui devaient avoir lieu en décembre 2018 ont été reportées à Beni et Butembo jusqu'en mars 2020, les autorités ayant décidé que le virus Ebola entraînerait des risques pour la tenue des élections, mais la population a eu une perception différente. Selon un IC, il y a eu une perception politique car le gouvernement s'est caché derrière l'épidémie pour tenir la population à l'écart des élections. Dans les rapports de retour d'information des communautés du CASS et dans les rapports de retour d'information des communautés de l'IRC, les mentions des causes politiques de l'épidémie d'Ebola ont été fréquentes tout au long de 2018 et 2019.
9. Six personnes ont également perçu une perturbation de l'économie, car *"le travail dans les champs n'était plus effectué comme auparavant"*. Des recherches menées par Mercy Corps ont en effet montré qu'une épidémie d'Ebola peut avoir de graves répercussions sur l'économie à différents niveaux.¹¹
10. Cinq personnes ont rapporté avoir perçu des perturbations dans certains services dans les centres de santé. C'est également ce qu'a constaté le rapport de l'IRC sur la santé sexuelle et reproductive dans l'épidémie d'Ebola au Nord-Kivu, qui indiquait que les services de santé maternelle et les services prénataux avaient été perturbés.

¹¹ Mercy Corps. 12 août 2019. "The Ebola Effect: Economic Impact of a Public Health Care Crisis"

L'ACCEPTATION PAR LES COMMUNAUTÉS ET LA COMMUNICATION

Les IC ont mentionné un *"manque de compréhension et d'acceptation"* de la réponse. Lorsqu'on a demandé aux GR si les messages sur le choléra et la MVE étaient clairs et compréhensibles, près de la moitié (N=9 pour le choléra et N=8 pour la MVE) ont déclaré ne pas comprendre les messages. Lorsqu'on leur a demandé pourquoi, ils ont suggéré dans les deux cas d'utiliser les réseaux communautaires de base et les autorités locales car *"au début, il y avait une mauvaise communication de la part des sensibilisateurs et la population locale n'était pas correctement impliquée"*. Plus spécifiquement, pour l'EVD, les GR ont suggéré de *"dépolitiser la santé"*, en notant que *"les messages sont arrivés en même temps que la campagne électorale"* (N=3) ; et que *"l'équipe d'intervention ne devrait pas être accompagnée par des forces armées"* (N=1).

Ces résultats confirment la tendance de méfiance des communautés et les difficultés de communication qui ont marqué la réponse à l'EVD et qui ont constitué un obstacle important pour maîtriser l'épidémie. Lorsqu'on leur a demandé ce qui aurait pu être amélioré dans la réponse (pas spécifique à l'IRC mais à l'ensemble de la MVE et de la réponse humanitaire), les IC ont mentionné comme les trois prioritaires :

- 1) Plus de recrutements locaux (en tenant compte des coutumes locales, en donnant la préférence aux médecins et infirmières de la communauté) (N=13)
- 2) L'utilisation des langues locales (N=7)
- 3) Impliquer la population locale, par exemple les dirigeants locaux, les agents de santé communautaires, les relais communautaires ("RECO"), les associations locales (N=4).

D'autres suggestions ont porté sur la qualité des services, certains suggérant de recruter des spécialistes plutôt que des amateurs (N=2), d'améliorer la construction et le placement des unités d'isolement et des Centres de Traitement Ebola (CTE) (N=2), d'améliorer la formation des infirmières et des médecins locaux (N=1), d'améliorer l'accueil des patients dans les centres (N=1), d'améliorer la formation des personnes chargées de la sensibilisation des communautés (N=1) ainsi que de veiller à ce que les formations soient *"sincères"* (N=1) et d'éviter la duplication des aides (guérisseur traditionnel - N=1).

De nombreux autres commentaires ont porté sur le manque d'inclusion. Les IC ont recommandé de bien étudier les communautés avant d'intervenir (N=2), d'impliquer les chefs religieux (N=1), d'assurer l'inclusion des groupes marginalisés tels que les personnes handicapées, les personnes âgées et les veuves (N=1), de s'assurer que toutes les couches des communautés et les chefs locaux sont informés (N=1), d'impliquer également le personnel non médical dans l'IPC comme les guérisseurs traditionnels (N=1) et de ne pas donner seulement confiance aux chefs religieux (N=1).

Quelques commentaires portaient sur les survivant-e-s et la stigmatisation. Une IC a recommandé d'éviter la discrimination contre la population (N=1), une organisation communautaire de protection des enfants a recommandé d'éviter d'exposer les survivants de l'EVD aux médias car cela les traumatisait (N=1) et une personne a recommandé d'assurer une assistance alimentaire et non alimentaire aux survivants qui ont quitté les centres (N=1). En ce qui concerne la réponse, une personne a suggéré d'améliorer la rapidité des interventions afin qu'il y ait moins de décès (N=1) et une autre a recommandé d'assurer la sécurité du personnel de santé (N=1).

Ces suggestions générales sont très alignées aux commentaires recueillis tout au long de la réponse par la cellule d'analyse des sciences sociales entre septembre 2018 et février 2020 et les rapports du consortium LEVER au cours des derniers mois.

Ce qui précède vise à donner une idée de ce que les gens ont vécu et de la manière dont cela a modifié le tissu social.

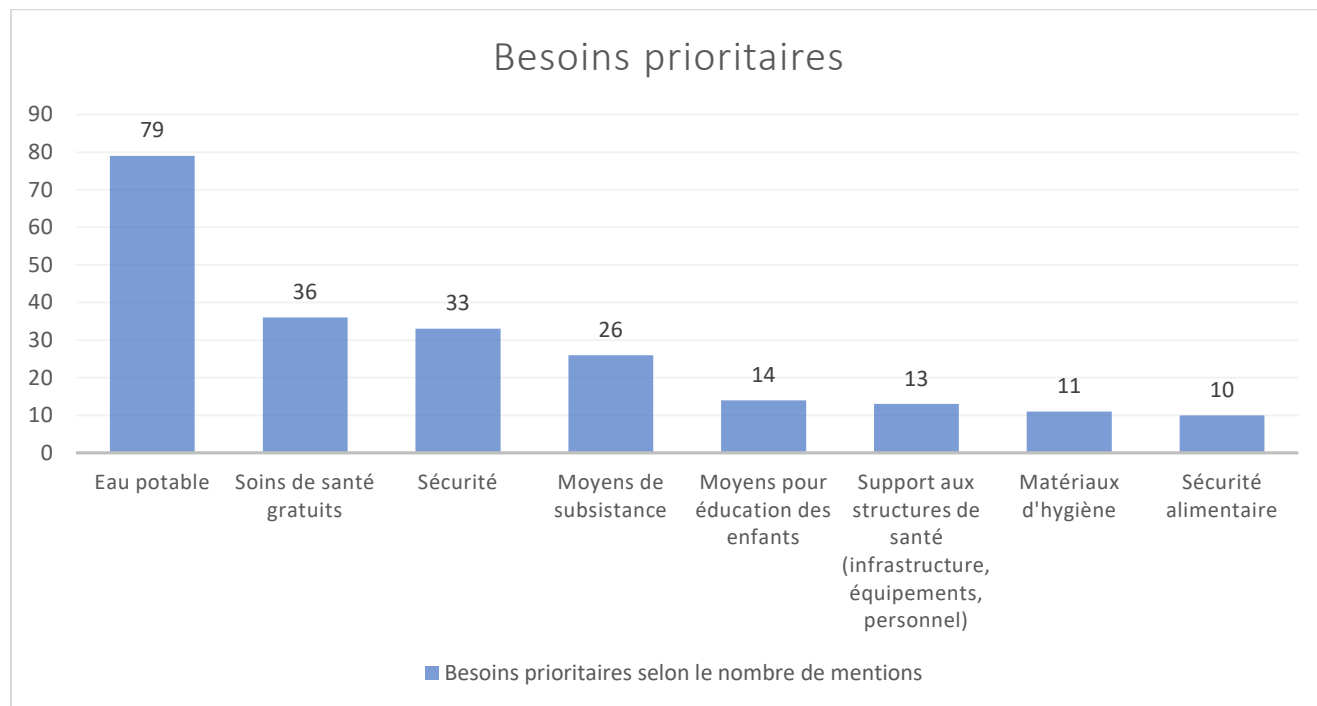


"Au début, la communication des sensibilisateurs était médiocre et la population locale n'était pas suffisamment impliquée."

"Les équipes d'intervention ne devraient pas être accompagnées par des forces armées"

IV. BESOINS DE LA POPULATION

Lorsqu'on a demandé aux IC de suggérer les trois principaux besoins de la communauté, 79 personnes ont mentionné de l'eau propre, 36 les soins de santé gratuits et 33 la sécurité. Les autres besoins les plus importants étaient liés aux moyens de subsistance, à l'éducation, à la qualité des soins de santé, aux produits d'hygiène et à la sécurité alimentaire.



Pour les cinq principaux besoins des femmes et des hommes, les IC ont mentionné :

Pour femmes	
1.	Activités génératrices de revenus (couture, coiffure, rembourrage, fabrication de tapis, élevage, agriculture) (N=39)
2.	Eau potable (N=25)
3.	Sécurité (N=12)
4.	Soins de santé gratuits (N=11)
5.	Soutien psychosocial (N=8)

Pour hommes	
1.	Emplois (N=67)
2.	Sécurité (N=18)
3.	Soins de santé gratuits (N=16)
4.	Eau potable (N=12)
5.	Accès aux champs (N=8)

Les GR ont également précisé les besoins des femmes et des filles. Dans leur grande majorité, ces besoins étaient liés à des activités génératrices de revenus, telles que la formation au travail manuel, à la couture, à l'élevage et à la coiffure (N=17). Les autres réponses comprenaient des besoins en kits d'hygiène féminine (N=3), puis N=1 pour renforcer la sensibilisation aux questions de genre dans la communauté, informer les femmes et leur donner accès aux traitements, au soutien psychosocial, et aider les jeunes mères à s'alphabétiser et à acquérir des compétences.

Pour les enfants, les DG ont dit que les principaux besoins des enfants étaient :

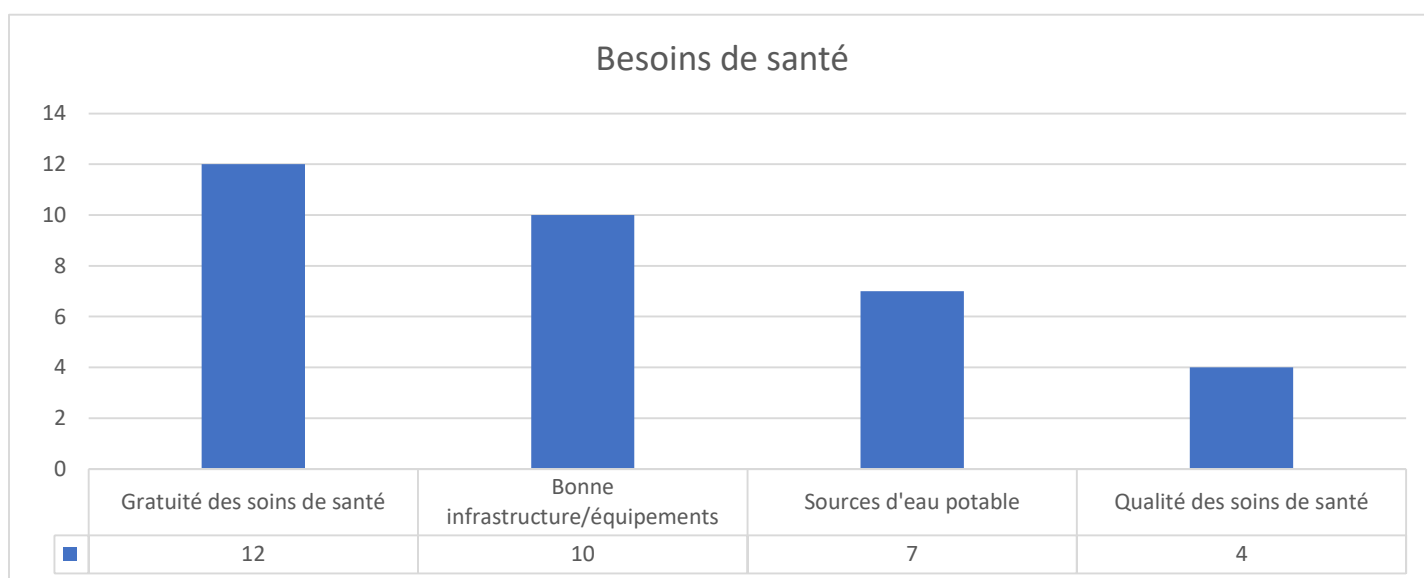
1. L'éducation (N=14)
2. Soins de santé gratuits (N=10)
3. Nutrition (N=8)
4. Espaces de loisirs pour qu'ils puissent jouer (N=7)
5. Soutien pour faire face aux traumatismes (N=4)

D'autres besoins qui ont été mentionnés : de l'eau et des latrines dans les écoles (N=2) ; la formation professionnelle des jeunes (N=2), et N=1 pour les vêtements, les frais de scolarité, les espaces sécurisés pour les enfants, et le théâtre comique pour les aider à se détendre. Les IC ont indiqué que les trois principaux besoins étaient la scolarité gratuite (N=21), des jeux pour détresser les enfants afin de soutenir leur développement psychologique (N=14), des espaces sécurisés pour les enfants (N=11).

Quatorze IC ont déclaré que ces besoins étaient différents en raison de la MVE. Lorsqu'on leur a demandé pourquoi, les raisons comprenaient : le besoin de fournitures supplémentaires pour renforcer le lavage des mains ; le déplacement par peur de la MVE, les fonds pour aller aux centres de santé "*avant Ebola, les gens se soignaient eux-mêmes. Maintenant, ils vont au centre de santé*" ; la réhabilitation des sources d'eau favorise l'hygiène ; le besoin d'eau propre a augmenté- les gens en utilisent davantage ; les orphelins à cause de la MVE ; et l'insécurité qui suit le chômage, puisque de nombreuses personnes ont été employées à cause de la réponse MVE.

4.1. Santé primaire

Les GR ont précisé leurs principaux besoins en matière de santé, les quatre premiers étant la gratuité des soins, la qualité des infrastructures/équipements, les sources d'eau potable et la qualité des soins de santé.



Les GR ont déclaré que dans le contexte de la MVE, s'ils cherchaient à obtenir des soins de santé, ils commenceraient par l'auto-médication (N=8), chercheraient la "*médecine moderne*" (N=5), le guérisseur traditionnel (N=4), une figure religieuse (N=1), et d'autres options incluaient la pharmacie pour s'auto-médicamer (N=5), et un groupe a déclaré "*nous nous cachons dans nos maisons à cause de la mauvaise sensibilisation et du taux de mortalité élevé*". De même, lorsqu'on leur a demandé à qui ils feraient confiance pour les aider s'ils étaient malades ou s'ils savaient que quelqu'un avait besoin d'aide, les GR ont répondu un centre de santé (N=12), une pharmacie (N=4), un guérisseur traditionnel (N=2) et un agent de santé communautaire (N=1). Lorsqu'on leur a demandé de préciser "autre", une femme médecin généraliste a répondu : "*dispensaire privé, parce que nous avons peur d'être référés au CTE*".

Les IC ont noté les plus grands risques pour le système de santé qui suivraient le retrait de la réponse à l'EVD, en particulier pour les acteurs de la santé. Il s'agissait notamment de la menace ou du conflit émanant de la population (N=16), d'une exposition à la maladie ou d'un risque de maladie (N=10), de la perte des motivations monétaires qui signifierait que les gens abandonneraient leur travail (N=7) et du manque de médicaments et de fournitures appropriées (N=6). En ce qui concerne les risques de conflits, deux citations illustrent les perceptions à l'égard des travailleurs de la santé : "*Les prestataires de soins de santé gratuits seront soupçonnés par la communauté si les soins de santé gratuits sont supprimés*" et "*Ils seront poursuivis en justice, pensant qu'ils ont gagné de l'argent*".

Plus précisément, on a demandé aux agents de santé communautaire (ASC) comment la MVE les affectait. Sur dix personnes interrogées, six ont déclaré avoir des conflits avec leurs familles et leurs voisins. "*Nous avons été menacés dans nos quartiers*" ; "*Certains d'entre nous ont été tués et nos maisons détruites*" ; "*nous avons été battus*".

Les trois réponses restantes (une personne n'a pas répondu) étaient la difficulté d'aider la population à comprendre la MVE, la peur de la mort et le découragement. Deux représentants du CODESAS ont participé, et tous deux ont mentionné qu'ils sont accusés par la communauté d'avoir de l'argent, plus précisément "*la communauté ne fait pas confiance au CODESAS, ils pensent que nous payons des gens pour dire qu'il y a un cas d'EVD là où il n'y en a pas*".



"Certains d'entre nous ont été tués, et nos maisons détruites"

Tous les IC de santé (N=36, y compris les médecins, infirmières, guérisseurs traditionnels, CODESAS, et ASC, ont été consultés sur comment les FOSA avaient été affectées:

Diminution des cas de MVE (<i>la seule réponse positive</i>)	5
Le personnel a été menacé	5
Matériaux détruits	4
Bâtiments de santé brûlés	4
Retrait de certains personnels de santé " <i>Le personnel a fui et a laissé les malades dans les structures de santé</i> "	6
Le personnel a été battu par des bandits	2
Manque de confiance " <i>Le personnel infirmier a été considéré comme complice des décès</i> "	2
Nous (le personnel) avons peur de la MVE	1
Les gens ne venaient pas dans les centres de santé parce qu'ils avaient peur	1
Le travail était difficile	1
Les patients ont fui	1
Les voisins du centre de santé " <i>ont condamné le centre de santé en raison des cas signalés</i> "	1
Conflit avec les voisins qui n'ont pas été employés par la réponse	1

Les employées féminines de santé semblent être particulièrement vulnérables aux menaces et aux attaques. Quatre GR ont déclaré que les femmes qui travaillent dans les services d'intervention ont fait l'objet de menaces, y compris de menaces publiques à l'encontre des agents de santé communautaires et des associations locales : "*même les femmes qui travaillaient dans les CODESAS sont rentrées chez elles parce que les bandits se révoltaient contre les agents de santé*".

4.2. Santé environnementale (EHA)

Tous les GR ont fait état de certaines difficultés d'accès à l'eau potable, notamment le paiement de l'eau (16/20 DG) ; les longues distances (N=10) ; les points d'eau n'étant pas sécurisé (N=12) ; les risques d'attaques lors de la collecte de l'eau (N=9), l'insalubrité (N=3) ; la quantité insuffisante (N=2) et l'inaccessibilité à tous et toutes (N=1).

Le paiement en francs congolais pour 20 litres d'eau varie de 50 FC (0,03 \$) à 1500 FC (0,84 \$). Les paiements les plus élevés ont été effectués à Makasi.

Un seul GR (homme) a déclaré avoir un endroit sûr pour se baigner. Tous les GR ont dit qu'ils n'avaient pas accès à des latrines sûres et propres.

Bien que les GR n'aient pas été interrogés spécifiquement sur les besoins WASH (ils ont été interrogés sur la santé), lorsqu'ils ont été interrogés sur les autres besoins de la communauté, trois ont indiqué une canalisation d'eau (notamment à Makasi et Vuteste), la gestion des déchets (N=2), et N=1 pour les latrines domestiques, les latrines publiques, la réhabilitation des sources d'eau, la gestion des eaux de pluie et les kits d'hygiène.

4.3. Protection et état de droit

Le principal changement dans le risque de protection dû à la MVE que les IC ont identifié était les attaques et l'intimidation envers les travailleurs de la santé (N=10).

Les IC et les GR ont été interrogés sur les obstacles spécifiques aux services, y compris les groupes de personnes, ainsi que sur les types d'obstacles. Concernant les groupes qui créaient des obstacles, les GR ont énuméré les groupes de jeunes, les chefs religieux, les "*groupes de pression*", les bandes et les "*jeunes hommes de taxi qui ont harcelé l'équipe d'intervention*", qui ont tous

créé des obstacles à l'accès des enfants aux services de santé. Les GR ont déclaré que les obstacles pour les femmes étaient que leurs maris et leurs voisins les empêchaient, décourageaient ou intimidaient les femmes d'accéder aux services de santé.

Huit GR ont déclaré que le principal obstacle à l'accès des enfants aux services était que leurs parents les intimidaient ou allaient à la pharmacie pour se soigner eux-mêmes.

Les IC ont également noté d'autres groupes qui influent les dynamiques du pouvoir dans la communauté, à la suite de la MVE :

Intimidation de la part de groupes armés (par exemple, les groupes Mai-Mai)	14
"Groupes de pression"	12
Les systèmes de croyances religieuses	7
Des jeunes isolés qui harcèlent les gens	7
Certains maris interdisaient aux femmes de travailler dans les centres de santé	1
Certains maris interdisaient aux membres de leur famille de se faire soigner	1
"Les politiciens qui ont dit que l'EVD est une question politique pour manipuler les gens"	1
"Certains guérisseurs et infirmières traditionnels empêchent les gens d'accéder aux soins de santé"	1

Les types d'obstacles spécifiques étaient l'intimidation (N=6), la stigmatisation de ceux qui ont été au CTE (N=3), et N=1 pour la violence, les menaces, la circulation de messages négatifs, et le fait de dire le contraire des messages partagés au sujet de la MVE.

Interrogés sur les services auxquels ils ne font pas confiance dans la communauté, cinq GR ont déclaré que les centres de santé "ont toujours été une cible depuis Ebola...depuis que les bandits viennent à eux", et "ils exigent que vous présentiez votre carte d'identité de vote, ce qui provoque l'insécurité", et N=1 pour les espaces publics, les entrées d'église, les marchés, et "les points d'eau sont au même endroit que les militaires".

Les cinq principales façons dont la prise de décision au sein du ménage a été affectée par la MVE :

Conflit entre le fait de savoir si les enfants doivent se faire soigner ou se faire vacciner (par exemple, "les femmes ont tendance à préférer que l'enfant reçoive des soins de santé" ; "certains enfants sont morts parce qu'un parent a refusé")	17
Recherche de soins de santé (traitement, vaccin) (par exemple, si l'un accepte le vaccin et l'autre non)	14
La mesure dans laquelle chaque parent comprend et renforce les bonnes pratiques d'hygiène	13
Les conjoints séparés (par exemple, si l'un d'entre eux était atteint de la MVE)	9
Lorsque les femmes ont obtenu un emploi dans l'équipe d'intervention, ça n'a pas été accepté par les hommes ("cela a changé les décisions dans la famille" ; "insubordination des femmes")	6

Stigmatisation

Des recherches précédentes menées lors de l'épidémie d'Ebola en Afrique de l'Ouest ont indiqué que les survivant-e-s et les communautés touchées étaient confrontés à la stigmatisation, ce qui pourrait avoir un impact sur la santé mentale et la cohésion sociale.

Dans le cadre de cette évaluation, en termes de stigmatisation des hommes, les cinq principales façons comment les hommes sont stigmatisés selon les IC : les gens craignaient que les patients guéris pourraient réinfecter (N=14) ; isolement ou séparation au sein du conjoint (N=10) ; les gens ne s'approchent pas d'eux ou ne leur rendent pas visite (N=9) ; humiliation publique (moqueries, accusés de sorcellerie) (N=9), et les patients guéris de l'EVD étaient acceptés dans la communauté, mais avec des doutes (N=5).

En ce qui concerne la stigmatisation des femmes dans la communauté, elles étaient "*difficilement acceptées*" (N=14) ; la séparation de leur mari (par exemple "*considérées comme naïves d'avoir accepté d'aller au CTE*") (N=13) ; la moquerie et le mépris publics (N=9) ; les gens les évitent (N=9). Deux anecdotes (N=1) étaient que les veuves sont négligées, et que "*les femmes sont devenues solitaires à cause d'Ebola, car cela les humilie*".

Les GR avaient des opinions différentes sur la stigmatisation. Cinq ont dit qu'il n'y avait pas de stigmatisation, quatre ont dit qu'ils avaient peur que d'autres femmes les infectent, et deux ont dit que la stigmatisation avait eu lieu au début, mais que maintenant les femmes qui ont eu la MVE sont intégrées dans la communauté. En ce qui concerne les moyens de réduire la stigmatisation, les DG ont suggéré une sensibilisation dans les églises, par le biais de groupes de jeunes, de la radio, d'interviews et de conversations (N=7). Les autres réponses (toutes N=1) ont suggéré de promouvoir l'acceptation de la famille, de poursuivre le soutien psychosocial et de créer des groupes de survivantes de la MVE. Les GR masculins ont suggéré d'organiser des débats entre les chefs de communauté et les jeunes, de mettre les chefs religieux à la tête des campagnes de sensibilisation, et de reconnaître que les sages-femmes et les chefs de communauté ont convaincu les gens de s'intégrer à nouveau.

En ce qui concerne la stigmatisation des enfants, les IC ont déclaré que les amis ne jouaient plus avec eux (N=11), que les voisins se moquaient d'eux (N=8), qu'ils étaient traités avec méfiance dans la communauté et isolés (N=5 dans les deux cas), que les gens ne s'approchaient pas d'eux ou avaient peur (N=4), que les orphelins étaient négligés (N=2), et que N=1 pour les orphelins étaient stigmatisés à l'école, poursuivis, "*méprisés par les autres*", et que personne ne les aidait.

4.4. Protection et autonomisation des femmes

Les IC ont identifié les quatre principales nouvelles menaces pour les femmes depuis la MVE :

1. Exploitation sexuelle/transactions sexuelles pour obtenir un emploi dans la réponse "*certaines ONG ont recruté des femmes en échange de rapports sexuels*" (N=9). Bien que mentionné par une seule IC, pour appuyer le point sur le recrutement transactionnel, une femme GR a déclaré que les femmes donnent la moitié de leur salaire à la personne qui lui a donné le travail.
2. La violence domestique liée au fait que les femmes soutiennent leur famille pour se faire soigner, tandis que leur mari l'interdisait (N=8).
3. La violence domestique parce qu'elles travaillaient dans la réponse "*femmes... qui travaillaient sans le consentement de leur mari*" (N=7).
4. Séparation ou divorce "*forcé* – parce qu'elle avait reçu un traitement contre la MVE (N=4).

Parmi les autres conséquences négatives mentionnées pour les femmes résultant de la MVE : les traumatismes liés à la mort et au fait d'être veuve (N=25), la séparation/divorce/les fiançailles rompues (N=11), la stigmatisation/l'isolement (N=7) et le rejet du foyer ou le conflit familial (N=7). Bien que ces quatre cas soient les plus fréquents, il s'agit d'exemples anecdotiques mais dignes d'intérêt : "*elles reçoivent des menaces sexuelles avant d'entrer dans un service de santé*" et "*beaucoup [de femmes] ont été victimes de harcèlement sexuel et sont enceintes de médecins d'intervention*" (N=2). Au sein de la famille, une IC a déclaré qu'il y a une "*crise de confiance entre les femmes qui travaillent dans la réponse et leurs conjoints*".

Les GR ont soutenu ces effets, un GR femme ayant déclaré qu'il y avait *"des problèmes dans les ménages parce qu'il n'est pas accepté que les hommes amènent des enfants au CTE"*. Ils ont énuméré d'autres effets négatifs de la MVE comme *"la peur d'amener des personnes malades au centre de traitement des maladies parce que la personne malade doit rester seule sans sa famille"*. Ils ont également mentionné moins de solidarité au sein de la famille et de la communauté, et ont confirmé ce que les IC ont dit à propos des conflits familiaux parce que les femmes ont travaillé dans la réponse. Les deux effets positifs que les GR ont exprimés sont que les femmes renforcent les bonnes pratiques d'hygiène au sein du foyer, et que la réponse de la MVE leur a donné l'occasion de travailler.

Les IC ont expliqué que les stratégies d'adaptation dangereuses étaient l'automédication à domicile et le fait de ne pas chercher de traitement (N=7) ; la résistance aux intervenants, comme se moquer d'eux et *"chanter pendant que les hommes jettent des pierres"* (N=6) ; les relations sexuelles transactionnelles en échange de travail (N=4) ; la consommation d'alcool pour ne pas attraper la maladie (N=3). D'autres exemples (tous N=1) : se marier en échange de travail, ignorer les mesures d'hygiène et se faire tatouer pour ne pas attraper la MVE.

Interrogées sur la perception des préoccupations des femmes concernant la MVE et ses effets, les IC ont déclaré que les principales préoccupations étaient le retour de la MVE (N=25) ; le rejet ou l'abandon par leur mari si elles ont survécu à la MVE (y compris l'accusation d'infidélité) (N=14).

Les services disponibles pour les femmes et les filles comprennent : les centres de santé, les associations de femmes, les espaces sûrs, les psychologues, l'église, les espaces sûrs pour les enfants, le Parlement des enfants, et les personnes "sages" de la communauté. Le seul endroit où il n'y avait aucune mention de services était à Paida.

Les IC ont déclaré que le rôle des femmes avait changé depuis la MVE parce que les femmes renforcent les mesures d'hygiène (N=17) ; leur capacité à gagner de l'argent avec leur petite entreprise et perdent des produits alimentaires avait diminué (N=9) ; elles restent à la maison et ne se réunissent pas en groupe (N=5) ; elles quittent leur travail ou leurs activités pour travailler sur la réponse à la MVE (N=2) ; elles surveillent de plus près les enfants pour réduire la propagation de la MVE (N=2) ; et une vendeuse a déclaré : *"le caractère des femmes a changé, surtout en termes de fierté"*.

4.5.Santé sexuelle et reproductive

Concernant les effets de la MVE, les IC ont cité:

1. Les effets à long terme du vaccin (par exemple, stérilité, malformations à la naissance) (N=10).
2. Leur partenaire aurait une affaire et des rapports sexuels non protégés (N=4).
3. Crainte de perdre leur bébé Idemà cause de la MVE (N=3).
4. Grossesse avec saignements et température élevée – donc suspectée d'avoir la MVE (N=2).
5. Ne pas pouvoir allaiter leurs enfants, la transmission mère-enfant, les grossesses non désirées et les infections sexuellement transmissibles dues à la violence sexuelle (all N=1).

Quelques IC ont fourni des anecdotes de stratégies d'adaptation dangereuses que les femmes utilisent (N=1 dans les deux cas) : elles accouchent à la maison et n'utilisent plus de préservatifs.

Parmi la liste des besoins des femmes, sept IC ont indiqué *"des soins de santé maternelle gratuits"* et trois ont mentionné de l'équipement pour soutenir la maternité.

Sept femmes sur dix ont déclaré avoir des difficultés à accéder aux services de santé maternelle, comme la consultation prénatale. Lorsqu'on leur a demandé plus de précision, deux GR ont déclaré qu'il n'y avait pas assez d'informations sur les services ou le type de médicaments qu'elles recevaient, et deux ont cité la mauvaise qualité du matériel et des services. Les autres commentaires (tous N=1) ont fait état du manque de transport, du manque de finances, de l'absence de services locaux disponibles et de *"la peur d'être infecté parce que nous ne sommes pas vaccinés"*.

4.6.Protection de l'enfance

Selon les IC, le rôle des enfants a changé depuis la MVE en termes de respect des règles d'hygiène, ils sont devenus des acteurs de sensibilisation dans la communauté, ils aident leurs parents à nettoyer la maison, ne font pas de longs trajets, *"ne mangent plus n'importe quoi"*, demandent la permission de leurs parents avant de faire quoi que ce soit. Un changement négatif observé est qu'ils sont *"devenus des délinquants qui lancent des pierres sur les véhicules de la réponse"*.

Les GR ont rapporté des nouvelles menaces pesant sur les enfants de la communauté depuis la MVE, notamment :

1. Manque d'accès à l'école (dû aux déplacements, les parents ne voulaient pas qu'ils soient exposés à des contaminations) (N=4).
2. Manque d'accès aux soins de santé (N=3).
3. Discrimination (s'ils étaient vaccinés, directement touchés par la MVE, quand ils avaient perdu leurs parents) (N=3).
4. Menacés par leurs parents s'ils avaient été vaccinés à l'école sans la permission des parents (N=1).
5. Traumatismes (dû aux décès, ainsi que dû aux "messages sur le virus Ebola diffusés par les équipes d'intervention").

Les IC ont déclaré que les principales menaces pour les enfants au niveau communautaire étaient :

1. Des mouvements limités (N=20).
2. Les refus d'envoyer les enfants pour se faire soigner (N=16).
3. Exploitation économique – par exemple, vendre des bananes (N=6).
4. Intimidation et conflits avec des parents stressés ou ivres (N=4).
5. Traumatismes (N=4).
6. Violence physique (N=3).
7. Négligence (N=3).
8. Séparation des parents, crainte de contamination des parents, stigmatisation s'ils étaient soupçonnés d'être atteints par la MVE (N=2) et N=1 pour violences sexuelles, le fait d'empêcher les enfants d'aller à l'école et l'abandon des enfants en raison de la pauvreté.

Les IC ont déclaré qu'au niveau communautaire, les principales menaces pour les enfants sont la stigmatisation (N=12), l'isolement (N=10) ; N=4 pour des agressions, les orphelins abandonnés ou non pris en charge, la violence ; l'exploitation - travaux lourds (N=3), la présence de groupes armés (N=2), et N=1 pour le kidnapping, la violence sexuelle, l'exploitation sexuelle "maison des tolérances", les rumeurs selon lesquelles la réponse de l'EVD "tue les enfants", et les "groupes de pression" qui recrutent des enfants pour jeter des pierres sur les camions des équipes d'intervention.

En termes de changements observés chez les enfants, la seule chose positive que les GR ont notée est la pratique d'une bonne hygiène (N=12). Les autres changements étaient négatifs, notamment le fait qu'ils ne jouent plus en groupe (N=3), les traumatismes (N=2), le manque de liberté de mouvement (N=2), et N=1 pour l'isolement, les orphelins, la peur de la MVE, "le vaccin était considéré comme quelque chose qui causait la mort" ; et "le stress causé par le retrait rapide des personnes malades de leur famille, en particulier pour les mères qui allaitent". Les IC ont déclaré avoir observé deux mécanismes négatifs d'adaptation : les enfants résistaient aux parents et rejoignaient les "groupes de pression".

Il y avait peu de données en termes d'observations des enfants non accompagnés et séparés. L'éventail du nombre d'enfants n'était pas fiable. La plupart des IC ont indiqué entre 2 et 10 enfants dans leurs communautés respectives, mais deux réponses comprenaient "2000" et "1236". Parmi ceux qui ont répondu, N=18 ont dit qu'il s'agissait autant de garçons que de filles, et N=11 ont dit qu'il s'agissait d'enfants âgés de 6-11 ans, suivis par les enfants âgés de 0 à 5 ans (N=7).

Les IC ont déclaré que les principaux services disponibles pour les enfants dans les communautés étaient les services des RECOPE, le Parlement des enfants, les associations de jeunes et les associations de femmes.

Lorsqu'on leur a demandé s'ils avaient d'autres observations sur les enfants, les IC ont déclaré qu'il est nécessaire de soutenir les enfants mal nourris (N=8), de soutenir les orphelins (N=2), et qu'il y a "une présence de filles-mères" (N=1).

4.7. Education

Deux IC de Mulamo et Mapendo ont déclaré que des écoles ont été fermées dans leurs communautés. À Mapendo, la fermeture avait duré deux semaines, et à Mulamo, sept mois. Quatre IC ont déclaré que les enseignants devaient manquer l'école à cause de la MVE, allant de deux jours à un an.

Trente-huit IC ont déclaré avoir observé des changements dans le comportement des enseignants, tels que l'obligation de se laver les mains (N=17), le maintien de la distance dans la classe (N=10), et que le comportement des enseignants était réservé (N=2). Six IC ont déclaré que les enseignants ont quitté leur poste pour travailler dans le cadre de la réponse à la MVE.

Interrogés sur l'impact de la MVE sur la qualité de l'éducation dans leur communauté, les IC ont mentionné des effets à la fois positifs et négatifs : le renforcement du lavage des mains (N=4), la crainte des parents et empêchement de leurs enfants d'aller à l'école (N=4), la gestion du traumatisme des enfants et des familles ayant perdu des proches à cause de la MVE (N=3), et les enseignants qui avaient quitté leur poste pour travailler dans la réponse (N=3).

4.8. Relance économique et de développement

Les principaux moyens de subsistance des hommes sont l'agriculture, les petites entreprises, la maçonnerie, la menuiserie, l'élevage, la mécanique, l'exploitation minière et le travail quotidien. Pour les femmes, leurs sources de revenus sont plus diverses : agriculture, petit commerce, tressage de cheveux, couture, canne à sucre, bétail, vente (manioc, bananes, charbon de bois, poisson, boissons, pain), ainsi que le travail quotidien. En ce qui concerne les principaux changements dans les moyens de subsistance, les deux premiers (N=3 dans les deux cas) observés étaient l'arrêt du travail dans les champs et l'emploi dans le cadre de l'intervention d'urgence. Parmi les autres raisons spécifiques aux femmes, citer le recours au travail du sexe, le fait que les femmes ne se réunissent pas pour leur travail collectif, et le fait qu'elles se tournent vers la vente de produits qu'elles peuvent facilement vendre, afin de ne pas conserver leur produit ou de ne pas risquer de se gâter pour la nourriture avaient été cités.

Sept GR, dont cinq groupes de femmes, avaient déclaré qu'ils ne pouvaient pas accéder aux marchés en toute sécurité. Quand demandé pourquoi, ils ont répondu d'être dans des zones peu sûres (N=4), qu'il n'y avait pas de marchés à proximité (N=3), et N=1 chacun pour le banditisme, et le mauvais état des routes.

Treize GR ont noté les changements suivants sur les marchés : stations de lavage des mains à l'entrée des marchés (N=3), plus de peur de toucher l'argent et que les marchés étaient une plaque tournante pour la propagation de la MVE (N=2), la pauvreté due à la MVE signifiait aussi moins de capacité à acheter des articles (N=1), et un GR avait déclaré que le coût des matériaux de construction avait augmenté (poutres en bois, revêtements de sol, etc.) en raison de la demande de construction pour les CTE et les triages.

En termes de besoins liés à la relance économique et de développement, les quatre principaux besoins spécifiés par les GR étaient les semences "locales" (N=13), les outils (N=6), le bétail (N=5) et la sécurité d'accès aux champs (N=4). Ce dernier point est à l'intersection de la protection, car le sentiment d'insécurité affecte la capacité des gens à continuer à pratiquer l'agriculture comme une forme de sécurité alimentaire et d'obtention de revenus.

Pour les articles ménagers essentiels (AME), les GR ont demandé à remplacer les AME, en particulier pour remplacer les matelas brûlés (N=6) ; les draps et les couvertures, ou de l'argent pour remplacer ces articles (N=3).

Huit vendeurs (IC) ont participé à l'évaluation, et travaillaient dans le commerce depuis 1 à 12 ans. Tous ont déclaré que les gens payaient leurs achats en espèces, et deux ont mentionné des virements bancaires. Aucun n'a dit que les gens utilisaient des bons d'achat. Les trois principales sociétés de transfert d'argent par téléphone portable étaient Airtel Money, PEPELE et M-PESA. Un vendeur a déclaré avoir observé une réduction du marché parce que les gens avaient peur de prendre les transports publics. Un autre fournisseur a déclaré que la seule pratique qui avait changé était la désinfection de l'argent.

V. LA VOIE DE LA RESILIENCE

5.1. Les préoccupations concernant l'après Ebola

Les IC ont noté quelques grands risques pour le système de santé avec le retrait de la réponse à la MVE, en particulier pour les acteurs de la santé. Il s'agissait notamment de la menace ou du conflit émanant de la population (N=16), d'être encore exposés ou d'un risque de contamination à la MVE (N=10), de la perte des motivations qui signifie que les gens abandonneront leur travail (N=7) et du manque de médicaments et de fournitures appropriées (N=6).

Quand la question leur a été posée de quels seraient les effets négatifs potentiels d'un retrait de la réponse à la MVE en termes de risques de protection, les trois premiers ont été la "haine" et le risque de menace ou d'attaque envers ceux qui ont travaillé dans la réponse (N=16), des vols (N=12), et le chômage qui pourrait pousser les gens vers le banditisme (N=10).

Les GR ont décrit leurs préoccupations concernant la sécurité de la communauté, notamment le risque de vols ou de violences parce que les gens sont au chômage (N=5), le retour de la maladie (N=2) et l'opération "Toyebi Ndako" qui signifie "nous savons que vous êtes chez vous" - une menace envers les membres de la communauté qui avaient travaillé dans la riposte. Ces deux GR venaient de Malende et Makasi, donc cette opération peut être spécifique à ces endroits. En ce qui concerne les autres

préoccupations relatives aux effets de la MVE, une préoccupation notable était la violation de la culture à cause des pratiques d'enterrements sûrs (N=5), comme l'enterrement des personnes dans des sacs "*la culture est violée et les ancêtres sont en colère*".

En ce qui concerne plus spécifiquement les enfants, les IC ont déclaré que les préoccupations des enfants concernant la MVE étaient la peur de la mort, la contamination, le vaccin, le fait de devenir orphelins, les traumatismes, la mort de leurs amis, la séparation de leurs parents, le manque de contrôle, que les écoles resteront fermées, abandonnés par leurs parents s'ils sont infectés, et l'exposition à la violence des groupes de pression.

5.2. Recommandations des communautés

Recommandations générales

Les 20 GR (N= 10 femmes et 10 hommes) ont été invités à formuler des recommandations pour aider les hommes et les femmes à se remettre des futures épidémies. Les GR femmes ont suggéré :

1. Des centres de développement de compétences pour la réinsertion sociale (N=4);
2. La poursuite d'activités de promotion d'hygiène (N=2);
3. Des activités de sensibilisation (N= 1 pour des émissions radio et des messages de porte-à-porte);
4. Des activités de cohésion sociale pour "*renforcer la collaboration entre les maris et les femmes sur les mesures d'hygiène*" (N=1).

Le GR d'hommes ont recommandé:

1. Des activités de sensibilisation d'hygiène (N=5);
2. Des activités de sensibilisation porte-à-porte (N=3);
3. Réhabilitation de points d'eau (N= 1);
4. Création d'emplois (N= 1)

La provision de thermoflash aux familles et la dépolitisation de la santé ont également été mentionnés.

Concernant la stigmatisation

Quand demandés comment réduire la stigmatisation, les trois principales suggestions des IC ont été les suivantes : 1) organiser des séances de sensibilisation de la communauté (par exemple, au fait que les personnes se rétablissant d'une maladie neurodégénérative ont des droits, que tout le monde peut vivre ensemble et entourer de soutien les personnes rétablies) (N=32) ; 2) créer des opportunités génératrices de revenus pour soutenir leur capacité à se réinsérer dans la communauté et à montrer leur valeur (N=12) ; 3) fournir un support psychosocial (N=9). D'autres suggestions ont été faites également : sensibilisation à la radio, accompagnement des équipes d'intervention aux domiciles des femmes ; collaboration avec les associations locales de femmes, création d'un espace sûr pour les femmes ; suivis réguliers des patients ; création de possibilités de travail pour réunir les personnes qui se sont remises de la MVE et celles qui n'en ont pas eu ; et "*leur dire qu'elles sont comme tout le monde - ce n'est pas leur faute*". Pour réduire la stigmatisation des enfants, les IC ont suggéré des sessions de sensibilisation dans les communautés, les écoles et l'église (N=30), de fournir un soutien psychosocial (N=9), un espace pour que les enfants puissent jouer ensemble (N=8), de promouvoir la réinsertion sociale (N=7), un espace pour que les enfants puissent recevoir un soutien psychologique (N=5), payer leurs frais de scolarité (N=3), et N= 1 pour accompagner l'enfant à l'école, si possible, un dialogue communautaire, une présentation théâtrale pour promouvoir la sensibilisation, une alimentation scolaire pour que les enfants puissent manger ensemble.



"Leur dire qu'elles sont comme tout le monde - ce n'est pas leur faute"

Concernant le rétablissement des enfants

Comme pour la question ci-dessus, les IC (N=103) ont été invités à faire des recommandations aux organisations humanitaires sur comment elles pourraient aider les enfants à se rétablir et à prévenir des futures épidémies. Les cinq réponses les plus fréquentes ont été les suivantes :

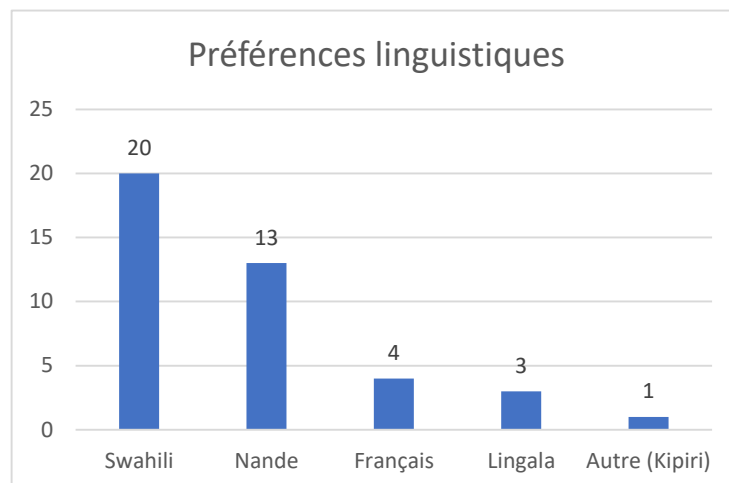
- 1) Un espace pour que les enfants puissent jouer ensemble (N=27);
- 2) Renforcer les mesures d'hygiène à travers les familles, les communautés, les églises et les écoles (N=27);

- 3) Soutien psychosocial (N=11);
- 4) Frais de scolarité pour le retour des enfants à l'école (N=10);
- 5) Poursuivre la gratuité des soins de santé pour les enfants (N=5).

Les IC ont fait les suivantes recommandations pour soutenir l'éducation : former ou renforcer la formation des enseignants pour améliorer la qualité (N=9), poursuivre la promotion de l'hygiène à l'école (N=9), fournir un accès gratuit à l'école (N=7), construire ou réhabiliter des écoles (N=5), rémunérer correctement les enseignants (N=5), fournir de l'eau propre et des latrines dans les écoles (N=5).

Concernant le retour d'information et la communication

Pour déposer une plainte ou demander plus d'informations sur un service, les GR ont déclaré qu'ils utiliseraient probablement appel un service d'assistance dans un service de santé (N=5) ; des affiches d'information (N=4) ; des séances de sensibilisation auprès de la communauté (N=4). Les "autres" options comprenaient une boîte à suggestions (N=3) ; la radio (N=3) ; un numéro de téléphone ou une ligne directe (N=2) ; un point focal au sein de ce service spécifique (N=2) ; et N=1 chacune pour : agents de santé communautaire ; dans une pièce/lieu approprié ; et au chef de district sur une base hebdomadaire. Les GR ont déclaré qu'ils préféreraient communiquer une fois par semaine (N=8), une fois par mois (N=7), tous les jours (N=4) et tous les 2 ou 3 jours (N=1). Les 20 GR ont déclaré qu'ils préféreraient recevoir les communications en swahili, suivi du nande, français, lingala et 'autres' était kipiri.



Concernant la réponse globale

Les GR ont été invités à faire part de leurs recommandations pour améliorer la réponse humanitaire. Les recommandations les plus fréquentes étaient: former les prestataires à accueillir correctement les patients (N=3), engager des équipes locales et faire preuve de transparence dans le recrutement (N=3), plaider pour la paix et la sécurité au Nord-Kivu (N=2), impliquer la population dès le début (N=2), étudier la culture et les coutumes locales avant l'intervention pour réduire la résistance (N=2) et N=1 pour la gratuité des soins de santé, améliorer les salaires des travailleurs de la santé, fournir des messages dans les langues locales, faire passer les messages par les travailleurs communautaires, ne pas utiliser les forces armées dans cette réponse, la présence de la police a effrayé la communauté, et impliquer les jeunes dans les équipes d'intervention pour "*les responsabiliser pour la prochaine fois que cela se produira*".

RECOMMANDATIONS

Les recommandations suivantes sont basées sur les données susmentionnées. Elles ne comprennent pas d'observations anecdotiques ni de données secondaires non mentionnées dans le présent rapport.

Santé

- Continuer à adresser la peur des gens de se faire soigner parce qu'ils ne veulent pas être orientés vers le CTE. Ce problème est également lié aux questions de protection, car personnes sont toujours stigmatisées au sein de la communauté et à la maison bien qu'il semble avoir diminué dans une certaine mesure.
- Travailler avec des réseaux locaux pour conscientiser les familles sur les conséquences de ne pas faire soigner les enfants.
- Revoir le soutien psychosocial apporté aux travailleurs de la santé, car ils ont observé que leurs pairs ont été confrontés à des menaces et des abus ou l'ont vécu eux-mêmes.
- Basé sur le constat que les gens souhaitent des soins de santé gratuits, prendre en compte les autres problèmes de santé dans les communautés et les intégrer dans la réponse à la MVE, par exemple en subventionnant les soins de santé primaires, en fonction de préoccupations sanitaires spécifiques.

- Pour soutenir le constat que les gens cherchent à se faire soigner par des guérisseurs traditionnels, collaborer avec eux et les intégrer dans les formations aux prestataires de santé. Cela permettra de renforcer les liens entre les acteurs de l'intervention, les acteurs locaux et les communautés.
- Pour réduire la méfiance et la stigmatisation à l'égard des travailleurs de la santé (en particulier les femmes, comme indiqué dans les conclusions), former les agents de santé communautaires aux mesures de PCI, car elles sont plus intégrées dans les communautés, afin d'établir la confiance au sein des communautés pour soutenir la PCI.
- Pour remédier au manque de clarté des messages sur le choléra et les maladies sexuellement transmissibles, il faut revoir les messages afin d'élaborer des points simples, précis et pertinents pour les communautés. Impliquer les communautés dans la conception de ces messages pour s'assurer de leur pertinence et que les messages répondent à leurs préoccupations et à leurs besoins.

Santé environnementale

- Examiner les possibilités de fournir un accès gratuit à l'eau, en tant que besoin prioritaire identifié par les IC.
- Remédier à la pénurie d'endroits sûrs pour se baigner ainsi qu'à l'accès à des latrines sûres et propres, comme l'ont indiqué les GR.
- Le cas échéant, s'appuyer sur des personnalités clés de la communauté pour renforcer les campagnes de sensibilisation à l'hygiène, telles que les chefs religieux, les animateurs de jeunesse et les sages-femmes.

Protection et Etat de droit

- Poursuivre les campagnes de sensibilisation car 13 GR ont déclaré que c'était le principal moyen de lutter contre la stigmatisation. Trois idées spécifiques ont été avancées : mettre les chefs religieux à la tête des campagnes de sensibilisation ; suivre l'exemple des sages-femmes et des chefs de communauté qui assurent à la population qu'il est acceptable de se mêler aux autres ; et une suggestion d'organiser des débats entre les chefs de communauté et les jeunes.
- Fournir un soutien psychosocial, y compris des sessions individuelles, ainsi que des groupes de soutien, comme l'ont suggéré trois GR.
- Prêter attention à ceux qui ont perdu leur famille à la suite de la MVE, comme les veuves et les orphelins, car certains répondants ont fait remarquer que ces personnes sont négligées.
- Bien qu'aucune ONG ou organisation n'ait été spécifiquement citée comme encourageant par inadvertance le recrutement transactionnel (par exemple, des femmes échangeant des rapports sexuels contre un emploi de travailleur social), cette pratique semble être répandue dans un certain nombre d'endroits. Examiner les pratiques de recrutement et d'accueil pour assurer que les femmes sont en sécurité, qu'elles connaissent leurs droits et qu'elles se sentent soutenues pour utiliser les canaux de signalement en cas de harcèlement et d'exploitation sexuels. Examiner les moyens pour prévenir que cela ne se produise tout en formant les nouveaux membres du personnel et en rafraîchissant les connaissances du personnel et des partenaires actuels en ce qui concerne les messages de sauvegarde, les protocoles et les conséquences.

Protection et autonomisation des femmes

- Parler discrètement et en assurant la sécurité avec le personnel féminin et les agents de santé communautaire pour les aider à faire face aux difficultés qu'elles rencontrent, par exemple s'il leur est demandé de verser une partie de leur salaire à ceux qui les ont recrutés, ou si elle a été confrontée à des menaces particulières chez elle et dans la communauté en raison de son travail d'intervention.
- Travailler avec les équipes d'intervention et les mobilisateurs communautaires pour continuer à dissiper les rumeurs afin de réduire les effets négatifs de la MVE, comme par exemple le fait que des femmes soient accusées d'infidélité si elles étaient atteintes par la MVE.
- Travailler avec les hommes et les femmes pour discuter de la prise de décision au sein du foyer, en particulier de la décision d'une femme de participer à la réponse, ainsi que de la décision au niveau familial d'envoyer un enfant se faire soigner.
- Examiner les possibilités d'offrir des formations qualifiantes à des fins de génération de revenus, car cela a été identifié comme le besoin essentiel des femmes et des filles.

- Faire passer des messages aux communautés pour prévenir la violence liée au genre, y compris la violence domestique, ainsi que l'exploitation et les abus sexuels - afin de lutter contre la stigmatisation à laquelle les femmes ont été confrontées dans la réponse MVE. Créer ces messages avec des leaders communautaires et organisations locales.

Santé sexuelle et reproductive

- Répondre aux perceptions des GR sur le manque d'information sur les services ou le type de médicaments qu'ils recevraient, ainsi qu'aux inquiétudes sur le fait d'être infecté par la maladie quand ils n'ont pas été vaccinés. C'est également l'occasion de renforcer les messages sur leurs préoccupations concernant les maladies sexuellement transmissibles en termes de stérilisation, de malformations congénitales et de transmission de la mère au bébé.
- Former les agents de santé et les sages-femmes au triage, pour répondre aux craintes des femmes enceintes qui ont peur d'être automatiquement envoyées au CTE quand elles saignent.

Protection de l'enfance

- Il faut répondre aux rumeurs avec les familles si les enfants sont vaccinés à l'école, afin que les parents n'empêchent pas leurs enfants d'aller à l'école par crainte du vaccin.
- Travailler avec des acteurs communautaires axés sur les enfants, tels que RECOPE et les parlements d'enfants, pour comprendre pourquoi les enfants rejoignent des groupes de pression et sur la manière de lutter contre les violences.
- Adapter les messages aux enfants, aux parents et aux communautés afin de réduire la peur et la stigmatisation des enfants.
- Suite à une suggestion d'un acteur du Parlement des enfants, ne pas exposer les survivants de la MVE aux médias, car cela les traumatise davantage. Maintenir la confidentialité et le respect des survivants de la MVE.
- Fournir un soutien psychosocial aux enfants, car ils ont été confrontés à la peur, la mort, les traumatismes et la stigmatisation.
- Fournir un soutien ciblé aux orphelins, qui ont été négligés dans les communautés en raison de la MVE.

Education

- Envisager des sensibilisations et formations pour encourager les enseignants qui ont quitté leur emploi pour soutenir la réponse, à reprendre leur poste.
- Poursuivre les campagnes de sensibilisation auprès des familles afin de réduire la crainte de renvoyer les enfants à l'école.

Relance économique et de développement

- Considérer les programmes de subsistance comme un plan de transition, car les travailleurs qui ont quitté leur rôle pour participer à l'intervention d'urgence seront au chômage. Il s'agit également d'un problème de sécurité, comme l'ont indiqué les IC et les GR, qui ont constaté que le chômage pourra entraîner des vols et du banditisme.
- Il faut plaider pour un accès sûr aux champs et pour l'amélioration des routes, car ces deux éléments empêchent les gens de s'occuper et d'accéder leurs champs, ce qui constitue un risque pour la sécurité alimentaire.

Mécanismes de retour d'information

- Pour répondre aux plaintes et aux demandes d'information, envisager d'installer un service d'assistance dans les centres de santé afin que les gens puissent demander des informations.
- Répondre aux recommandations des IC afin d'améliorer la réponse en impliquant les communautés - les dirigeants locaux, les chefs religieux, les membres de la communauté avant la mise en œuvre.

CONCLUSION

Avec un financement estimé à plus de 800 millions de dollars¹² au cours de 22 mois, un nombre important de ressources ont été injectées pour stopper la propagation du virus Ebola dans l'est de la RDC. Les défis opérationnels dus à l'insécurité, le manque d'engagement communautaire efficace et les difficultés logistiques ont rendu la réponse de la MVE complexe. Malgré ces difficultés, la fin de l'épidémie dans l'est a été atteinte et officiellement déclarée le 25 juin 2020 par les autorités de la RDC.

La réponse à cette épidémie a eu des effets positifs, comme l'utilisation de vaccins et de traitements, les investissements dans les établissements de santé et la formation des prestataires de soins. Les IC et les GR ont également noté quelques changements positifs en termes d'amélioration des pratiques d'hygiène, et cela a eu un impact positif sur le rôle de certains membres de la communauté tels que les femmes, les enfants et les enseignants qui ont été identifiés comme ayant un rôle clé dans le renforcement des bonnes mesures d'hygiène et la sensibilisation. Certaines femmes ont également signalé que la possibilité de travailler était une conséquence positive de la réponse MVE, bien que cela ait également créé, selon les femmes interrogées, plus de conflits et de violence domestique.

Des conséquences négatives rapportées étaient liées aux aspects psychosociaux (peur de se faire soigner, peur des attaques contre les établissements de santé et les agents de santé, stigmatisation), à un accès plus difficile à une santé de qualité (réduction des services disponibles) et à l'éducation, à une dynamique sociale modifiée (dynamique et relations de pouvoir) et à des charges économiques car il fallait plus d'argent pour couvrir les frais de santé et pour l'éducation.

Les personnes interrogées ont fait part de leur peur et du stress face à ce qui se passera une fois que la réponse à la MVE aura cessé, et plus particulièrement en termes de chômage, de stigmatisation et de criminalité. La crainte de la stigmatisation, ainsi que des préoccupations spécifiques concernant la possible résurgence de la maladie et l'isolement que les hommes et les femmes pourraient ressentir à cause de la maladie étaient également très présents dans les réponses.

Le chemin vers le rétablissement et pour la prévention d'une nouvelle épidémie majeure nécessitera plus que des interventions structurelles dans les domaines de l'eau, l'hygiène et l'assainissement et de la santé, car les communautés ont perçu les moyens de subsistance, la sécurité et l'éducation/la sensibilisation comme des domaines pour lesquels elles ont besoin d'un soutien. Compte tenu de la situation d'urgence complexe qui prévaut dans de nombreuses régions des deux provinces touchées et de la menace de multiples épidémies, il est essentiel que la réponse humanitaire tienne compte de la vulnérabilité et des besoins exacerbés de la population au-delà des seuls besoins sanitaires. En ce sens, il est impératif que les besoins les plus urgents de la population continuent d'être traités de manière adéquate, sur la base de ce que les communautés déclarent être leurs priorités et de leur engagement, et qu'ils dépassent les interventions purement médicales.

Pour toute question, veuillez contacter le directeur des réponses, Borry.Jatta@rescue.org.

La programmation actuelle de l'IRC pour la réponse à l'en RDC est possible grâce à l'aimable soutien de l'USAID.

¹² Kaiser Family Foundation. Dec 19, 2019. Data Note: Donor Funding for the Current Ebola Response in the DRC; WHO. Updated 4 June 2020. Ebola response funding.
International Rescue Committee | Rescue.org