UCLouvain

Faculté de santé publique

Surveillance à base communautaire comme moyen de contention de la maladie à virus Ebola, d'août 2018 à juin 2020 : perceptions des acteurs de la zone de santé de Beni/Province du Nord-Kivu en République Démocratique du Congo

Mémoire réalisé par

Betty KALONJI TSHINKENKE

Promoteurs

William D'HOORE

Bruno VANKELEGOM

Année académique 2022-2023

Master en sciences de la santé publique, finalité spécialisée

Faculté de santé publique

<u>Titre</u> : Surveillance à base communautaire comme moyen de contention de la maladie à virus Ebola, d'août 2018 à juin 2020 : perceptions des acteurs de la zone de santé de Beni/Province du Nord-Kivu en République Démocratique du Congo

Mémoire réalisé par

Betty KALONJI TSHINKENKE

Promoteurs

William D'HOORE

Bruno VANKELEGOM

Année académique 2022-2023

Master en sciences de la santé publique, finalité spécialisée

REMERCIEMENTS

Je remercie avant tout mes deux promoteurs, les professeurs William D'Hoore et Bruno Vankelegom, qui, malgré leurs agendas chargés, ont accepté de diriger ce mémoire. Leurs remarques constructives, leurs orientations, leur rigueur ainsi que leur disponibilité m'ont énormément aidée dans la rédaction de ce mémoire. J'ai beaucoup appris de vous chers professeurs !

Je tiens à remercier aussi tout le corps professoral de la Faculté de santé publique de l'Université Catholique de Louvain pour tous les enseignements dispensés qui ont permis de parfaire ma formation.

A vous mes collègues de l'Université Catholique de Louvain, cette seconde famille que le destin m'a permis de former. Le temps passé à vos côtés m'a conféré le soutien moral indispensable pour la réussite de mes études.

A toi mon tendre et cher époux pour ta motivation et ton soutien malgré mon absence de trois ans hors de notre foyer. Rassure-toi que j'ai mis ce temps à profit !

A ma famille biologique pour son soutien inconditionnel et ses encouragements. A mon regretté père qui souhaitait me voir faire des grandes études. Merci papa ! Tes paroles d'encouragement qui résonnaient dans mes oreilles m'ont beaucoup motivée.

Enfin, je remercie toute personne qui, de loin ou de près, a contribué à la réalisation de ce mémoire.

PLAGIAT

J**e** déclare sur l'honneur que ce mémoire a été décrit de ma plume, sans avoir sollicité d'aide extérieure illicite, qu'il n'est pas la reprise d'un travail présenté dans une autre institution pour évaluation, et qu'il n'a jamais été publié, en tout ou en partie.
Toutes les informations (idées, phrases, graphes, cartes, tableaux,…) empruntées ou faisant référence à des sources primaires, secondaires sont référencées adéquatement selon la méthode universitaire en vigueur. Je déclare avoir pris connaissance et adhérer au code de déontologie pour les étudiants en matière d'emprunts, de citations et d'exploitation de sources diverses et savoir que le plagiat constitue une faute grave sanctionnée par l'université catholique de Louvain.

NOM et PRENOM : KALONJI TSHINKENKE BETTY

Titre du mémoire : Surveillance à base communautaire comme moyen de contention de la maladie à virus Ebola d'aout 2018 à juin 2020 : perception des acteurs dans la zone de santé de Beni/province du Nord-Kivu en République Démocratique du Congo

Promoteur·rice et Co promoteur·rice : William D'Hoore et Bruno Vankelegom

Contexte : La République Démocratique du Congo a connu sa dixième épidémie d'Ebola en août 2018 dans la province du Nord-Kivu. Cette épidémie a fait 2299 décès et 1162 guéris sur un total de 3481cas confirmés et probables. Ajoutons à cela une vingtaine de personnes perdues de vue. Le Nord-Kivu est l'une des provinces les plus peuplées de la République Démocratique du Congo. Elle connait, depuis environ une vingtaine d'années, des poches d'insécurité dues aux conflits armés entre les groupes rebelles, les forces armées et les militants attaquant les civils. Cette situation entraine le déplacement de personnes issues de la province vers des zones plus sécurisées. Cette insécurité constitue une des causes d'interruption des activités de la riposte contre Ebola. En effet, elle a engendré une méfiance de la population envers les autorités locales, nationales et les partenaires internationaux, laquelle a eu pour conséquence une mauvaise collaboration dans les activités de surveillance communautaire.

La surveillance à base communautaire est l'un des piliers essentiels de la réponse à la maladie à virus Ebola. Elle permet « la détection et le signalement d'évènement sanitaires publics importants au sein d'une communauté par les membres de la communauté », c'est une collecte des données provenant de la communauté. Cette surveillance à base communautaire a-t-elle permis de contenir la maladie à virus Ebola ? Notre étude vise à mettre en évidence la nécessité de l'engagement communautaire dans la gestion des maladies infectieuses à potentiel épidémique.

Méthodologie : Nous avons mené une étude qualitative auprès de différents acteurs impliqués dans les activités de la surveillance à base communautaire. Pour ce faire, nous avons réalisé des entretiens semi-directifs à l'aide de trois guides d'entretien adressés à sept (7) professionnels de la santé, sept (7) relais communautaires et sept (7) membres de la communauté. Nous avons procédé à une analyse thématique pour l'analyse des données recueillies.

Résultats : Vingt et une (21) personnes ont répondu à l'entretien. Ces entretiens se sont déroulés du 8 au 22 mai 2023. Les questions posées portaient sur la présentation de l'interviewé, sa connaissance de la MVE, son expérience de la MVE et son expérience de la surveillance à base communautaire.

Conclusion : La prévention de la maladie à virus Ebola à travers la surveillance à base communautaire est un moyen efficace de contention de la MVE. Cette étude nous a permis de documenter la nécessité de l'engagement communautaire dans la contention de la maladie à virus Ebola ainsi que la réduction des contaminations au cours d'une maladie à virus Ebola. Certains facteurs faisant barrière à l'engagement communautaire ont été décelés. Parmi ceux-ci, nous retrouvons entre autres les croyances culturelles, la stigmatisation, l'insécurité et l'injustice sociale.

Mots clés : surveillance à base communautaire, maladie à virus Ebola, perception des acteurs, conflits armées, Nord Kivu, République Démocratique du Congo.

ABREVIATIONS

ALAT : Alanine aminotransférase

ASAT : Aspartate aminotransférase

CDC : *Centers for disease control and prevention*

CTE : Centre de traitement Ebola

DPS : Division provinciale de la santé

EDS : Enterrement digne et sécurisé

ELISA : Enzyme-linked immunoabsorbent assay

EPI : Equipement de protection individuel

FOSA : Formation sanitaire

IgG : Immunoglobuline G

IgM : Immunoglobuline M

IT : Infirmier titulaire

INRB : Institut National de Recherche Biomédicale

LUCHA : Lutte pour le changement

MVE : Maladie à virus Ebola

OIM : Organisme international de migration

OMS: Organisation mondiale de la santé

ONG : Organisation non gouvernementale

ONU: Organisation des nations unies

RDC: République Démocratique du Congo

RECO: Relais Communautaire

RN2 : Route nationale numéro deux

RN4 : Route nationale numéro quatre

RT-PCR: Reverse transcription polymérase chain réaction

SBC: Surveillance à base communautaire

SMIR: Surveillance intégrée des maladies et ripostes

TWB : Translator without broder

UNICEF: Fonds des nations unies pour l'enfance

Table des matières

I. INTRODUCTION 1
1. Description de la problématique 1
2. But de la recherche 3
3. Question de recherche 3
4. Objectifs 3
a) Général 3
b) Spécifiques 3
5. Résultats attendus 4
II. MATÉRIELS ET MÉTHODES 5
2.1 Site de l'étude 5
2.1.1 Organisation du système de santé au niveau de la zone de santé 6
2.1.2 Sur le plan géographique 6
2.1.3 Sur le plan sécuritaire 7
2.1.4 Sur le plan socioéconomique 7
2.1.5 Sur le plan sanitaire 8
2.2 Posture de l'enquêteur 8
2.3 Echantillonnage 9
2.4 Description de l'échantillon 10
2.5 Collecte des données 10
2.6 Traitement des données 11
2.7 Considération d'ordre éthique 12
III. CADRE THEORIQUE 13
3.1 LA MALADIE A VIRUS EBOLA (MVE) 13
A) DEFINITION ET ETYMOLOGIE 13
B) CLINIQUE 15
C) DIAGNOSTIC 16
D) TRAITEMENT 17
E) CONDUITE A TENIR DEVANT UNE MALADIE A VIRUS EBOLA 17
IV. RESULTATS 40
4.2 Connaissance générale 43
V. DISCUSSION 54
VI. RECOMMANDATIONS 63
VII. CONCLUSION 65
VIII. BIBLIOGRAPHIE 67
IX. ANNEXE 74

1. Guide d'entretien semi- directif pour les membres de la communauté 74
2. Guide d'entretien semi-directif pour les infirmiers titulaires. 76
3. Guide d'entretien semi-directif pour les Relais communautaires 78
4. Formulaire de consentement 80
5. Lettre d'approbation du comité d'éthique 80

Liste des tableaux et figure

Figure 1 : Carte de la zone de santé de Beni (17) *5*

Tableau 1 : Membres de la communauté codés MC *40*
Tableau 2 : Infirmiers titulaires codés I *41*
Tableau 3 : Relais communautaires codés R *41*

I. INTRODUCTION

1. Description de la problématique

La maladie à virus Ebola (MVE) est une maladie hautement mortelle chez l'homme. Elle se transmet, à l'être humain, par des animaux sauvages lors de contacts avec les fluides des animaux décédés ou atteints de la Maladie à virus Ebola. Ensuite, elle se propage dans la population par une transmission interhumaine par contact avec les fluides corporels ou les effets personnels d'un patient décédé ou vivant.

Elle a été découverte en 1976 en République Démocratique du Congo (RDC) et, depuis, elle a été identifiée comme la cause de plusieurs épidémies en Afrique subsaharienne. Son taux de mortalité est d'environ 50 % en raison d'une prise en charge souvent tardive. Les cas d'Ebola notifiés sont dus soit à « une émergence locale soit à une réémergence » des cas ou encore à une importation des cas. (1), (2) Ainsi les facteurs sociaux et comportementaux sont les plus incriminés dans la propagation de la MVE au sein d'une communauté ou d'une communauté à l'autre.

En août 2014, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a déclaré que l'importance de l'épidémie à virus en Ebola en Afrique de l'Ouest suscite « une urgence de santé publique à portée internationale et un risque de santé publique pour les autres Etats ». Toujours selon celle-ci, elle « représente désormais la plus grave crise sanitaire des trente dernières années ». Dès lors, elle constitue la première épidémie meurtrière de l'Afrique de l'Ouest avec 4439 décès sur 12 164 cas, ce qui représente environ près de quatre fois le nombre total des cas au cours de toutes les épidémies depuis 1976. La deuxième épidémie meurtrière est celle qui a sévi au Nord-Kivu entre 2018 et 2020, avec 2229 décès 1162 guéris sur 3481 cas probables et confirmés. La République Démocratique du Congo a connu quinze épidémies de la maladie à virus Ebola (1), (3), (4), (5), (6).

Au niveau géographique, la République Démocratique du Congo (RDC) est l'un des plus vastes pays d'Afrique. Située en Afrique Centrale, elle est à cheval sur l'équateur. Sa superficie est de 2.345.409 km² pour 85.026.000 habitants avec une densité de 36 habitants au km². Elle partage 9165 km de frontière avec neuf pays voisins. Elle est constituée de quatre régions géographiques qui présentent une riche flore et dispose d'environ 13 millions de km de sols arables très fertiles. Actuellement, seulement 3 % de ces derniers sont exploités. Les conditions climatiques favorisent une grande diversité des cultures. La RDC dispose d'un important réseau

hydraulique, dont le fleuve Congo long de 4374 km classé deuxième au monde en ce qui concerne le débit. La population de la RDC est constituée d'environ 45 % de jeunes de moins de 15 ans et compte seulement 3% de personnes âgées de 65 ans et plus. Cette situation démographique engendre une disparité entre la proportion de la population inactive et celle active. La première est supérieure à la seconde. De plus, 74 % de la population de la RDC se trouve en dessous du seuil de pauvreté (2), (7), (8).

En outre, la population générale de la RDC et particulièrement celle des zones rurales est fortement attachée à des valeurs culturelles. Par ailleurs, les habitants présentent un fort réseau social. La médecine traditionnelle est le premier recours des soins dans certains milieux et constitue une part importante de l'offre de soins. La situation épidémiologique de la RDC est marquée par « l'émergence et la réémergence » des maladies à potentiel épidémique(2). Notons qu'en cas de décès, le corps est lavé et touché pendant les cérémonies funéraires par les membres de la famille du défunt. Par la suite, ce corps est exposé pendant plusieurs heures dans la parcelle familiale pour les derniers hommages. Les mots en rapport la mort sont mal perçus par les habitants.

A ce jour, la RDC a connu 15 flambées d'épidémie de la MVE : en 1976,1995 et 1997, 2017, 2001 et 2002, 2007, 2008, 2012, 2014, 2017, 2018 et 2020, de février à mai 2021 et en 2022. La RDC a déclaré la fin de la 15^{è} épidémie le 27/09/2022. (8), (9). En août 2018, la RDC a connu sa dixième flambée d'épidémie de la maladie à virus Ebola, plus meurtrière au Nord-Kivu, une zone exempte de cette épidémie depuis sa découverte. Les autorités du pays ont déclaré la dixième épidémie de la maladie à virus Ebola. Par la suite l'OMS l'a déclarée comme « une urgence sanitaire de portée internationale » en juillet 2019. Cette déclaration de l'OMS se base sur l'identification de certains cas hors du centre de l'épidémie. La RDC a déclaré la fin de cette épidémie le 25 juin 2020. Elle a duré 23 mois avec 3481 personnes testées positives dont 2299 décès et 1162 guéries et environ une vingtaine de perdues de vue. L'épidémie de la maladie à virus Ebola s'est produite dans un contexte de conflits armés et intercommunautaires. Elle a été particulièrement dangereuse et a entrainé le déplacement de plus d'un million de personnes (4), (14).

De ce fait, les poches d'insécurité dues aux conflits entre les groupes rebelles et les forces armées, les militants attaquant les civils ont semé la méfiance de la population de la province du Nord-Kivu envers les autorités locales, nationales et les partenaires internationaux, ayant

pour conséquence une mauvaise collaboration communautaire et une mauvaise conduite des activités de la riposte de la détection à l'isolement des cas (15), (16).

Au cours de la réponse à cette épidémie, plusieurs piliers ont été mis en place à savoir : la surveillance, la prise en charge, la prévention de l'infection, le diagnostic au laboratoire, les « enterrements dignes et sécurisés », le soutien psychosocial et la communication. Notons que ces différentes activités ne peuvent se dérouler sans engagement communautaire. Ce dernier fait appel à des interventions ayant plusieurs approches dans le but d'impliquer les communautés dans l'amélioration de leur santé et de leur bien-être. Les populations des différentes zones de santé consultent les guérisseurs traditionnels plus tôt que les structures sanitaires modernes, ce qui aggrave la situation pendant les épidémies. Il est donc capital d'instaurer la surveillance à base communautaire (10), (11), (12), (13), (14).

Cette mauvaise collaboration communautaire a pour conséquence une remontée faible ou absente des alertes. Ainsi, les cas suspects restent dans la communauté et le taux de contamination intracommunautaire augmente.

2. But de la recherche

Notre étude vise à mettre en évidence la nécessité de l'engagement communautaire dans la gestion des maladies infectieuses à potentiel épidémique.

3. Question de recherche

La surveillance à base communautaire a-t-elle permis de contenir la maladie à virus Ebola ?

4. Objectifs

a) Général

Evaluer les mesures de surveillance mises en place pour la contention de la Maladie à Virus Ebola.

b) Spécifiques

- Déterminer les caractéristiques socio-démographiques des personnes infectées par la Maladie à Virus Ebola.
- Décrire les personnes impliquées dans la surveillance à base communautaire.
- Déterminer le public cible et rassembler les informations sur leurs connaissances et leurs comportements.

- Identifier les différentes personnes ressources ou influentes au sein de la communauté.
- Décrire les stratégies de surveillance à base communautaire mises en place.
- Décrire le niveau de participation de la communauté aux activités de la riposte.
- Identifier et décrire les différentes actions communautaires locales dans la réponse à la dixième épidémie.
- Identifier et décrire les différentes stratégies mises en place par les autorités locales, nationales ainsi que les prestataires internationaux afin de pousser la population à adhérer aux activités de surveillance communautaire.

5. Résultats attendus

La dynamique de l'épidémie après la mise en place de la surveillance à base communautaire.

II. MATÉRIELS ET MÉTHODES

Nous mènerons une étude qualitative qui consistera à comprendre la perception de la population par rapport à la mise en place des activités de la riposte en général et de la surveillance à base communautaire. Nous chercherons, en particulier, à comprendre pourquoi la population ne s'engage pas dans les activités de la riposte en général ainsi que celle de la surveillance à base communautaire en particulier.

2.1 Site de l'étude

Notre étude se déroulera dans la zone de santé de Beni, l'une des 34 zones de santé que compte la province du Nord-Kivu, en République Démocratique du Congo. C'est une zone de santé urbaine en urgence depuis le début des conflits armés survenus en aout 1998.

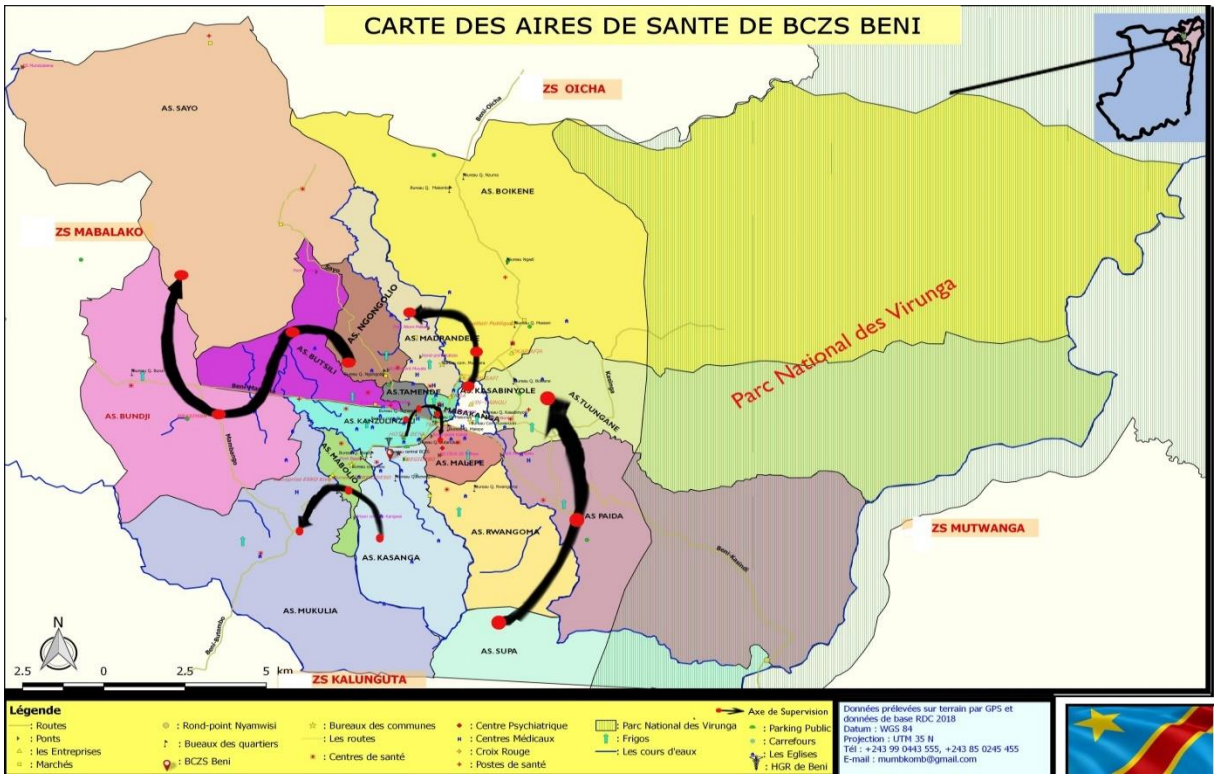

Figure 1 : Carte de la zone de santé de Beni (17)

2.1.1 Organisation du système de santé au niveau de la zone de santé

La zone de santé « est une entité géographique bien délimitée (diamètre maximum de 150 km), contenue dans les limites d'un territoire ou d'une commune administrative, comprenant une population d'au moins 100.000 habitants (composé des communautés homogènes au point de vue socioculturelle) avec des services de santé à 2 échelons interdépendants (centre de santé au premier échelon et un hôpital général de référence au deuxième échelon) sous la supervision d'une équipe de la zone de santé » (18).

Par contre, les zones de santé en urgence « sont celles dans lesquelles persistent des conflits armées et/ou tribaux ou qui sont victimes des catastrophes naturelles (éruption volcanique, tremblement de terre, etc.). Ces dernières font partie d'une entité spéciale traitée par les organisations spécialisées dans des situations d'urgence et qui propose un ensemble d'activités communément appelé « humanitaire » (18).

En référence au système de santé national qui se présente sous forme de pyramide structurée en trois niveaux, la zone de santé constitue le niveau périphérique dans lequel se fait la planification et l'opérationnalisation des activités en rapport avec les soins de santé primaires.

La zone de santé de Beni compte 1'hôpital général de référence, 19 centres de santé de référence à raison d'un centre de santé par aire de santé, ainsi que 3 centres hospitaliers. Les ressources humaines de la zone de santé sont constituées de 38 médecins dont onze spécialistes et 131 infirmiers, et de 2065 relais communautaires. Notons, cependant, une prolifération des formations sanitaires privées et une faible couverture en eau potable (12 aires de santé sur 19 ont un accès faible en eau potable). De plus, les populations de certaines aires de santé sont faiblement accessibles. Il est également noté une forte concentration de la population dans l'aire de santé de Mukulya, mais aussi une faible proportion des prestataires des soins payés par l'Etat (17).

2.1.2 Sur le plan géographique

La seule zone de santé de Beni est située dans la ville de Beni, territoire de Beni, province du Nord-Kivu. Cette ville a une superficie de 184 km² pour une population de 1 000 560 habitants, soit une densité de 5 438 habitants au km². La ville de Beni est une ville pluvieuse avec une température annuelle qui oscille autour de 20 °C. Sur le plateau, on retrouve un sol argileux et un sol argilo-sablonneux dans les plaines et aux bas des collines. Ses principaux cours d'eau sont les rivières Tuha, Tabi, Mabakanga, Kilowa, Kabungulu, Biaku, Mabaku et Munyabeu. La

ville de Beni est située au carrefour de deux routes nationales, la RN2 et la RN4. La première part de Goma et se dirige à Kisangani via Butembo et la deuxième part de Butembo vers Kasindi. La ville est aussi accessible par l'aéroport de Mavivi (19).

La zone de santé de Beni partage ses limites avec les zones de santé suivantes :

- A l'Est : la zone de santé de Mutuanga par la rivière Semiliki
- A l'Ouest : la zone de santé de Mabalako au niveau de Kasitu
- Au Nord : la zone de santé d'Oicha par la réserve forestière de Mavivi
- Au Sud : la zone de santé de Kalunguta par la rivière Tabi.

2.1.3 Sur le plan sécuritaire

La zone de santé de Beni connait une insécurité causée par des conflits armés presque permanents entrainant plusieurs mouvements de populations plus marqués dans 6 des 19 aires de santé qui existent. Cette instabilité rend les activités organisées par la zone de santé difficiles à réaliser. Plusieurs partenaires œuvrant dans l'humanitaire y sont présents (17).

2.1.4 Sur le plan socioéconomique

La ville de Beni est une ville cosmopolite dans laquelle cohabitent des personnes issues de plusieurs tribus auxquelles s'ajoutent des étrangers venus des autres provinces de la RDC. Les sept grandes tribus rencontrées sont les Wanande, les Bambuba, les Batalinga, les Bapakompbe, les Balese et les Pygmées. Le swahili et le lingala sont les deux langues nationales qui y sont parlées et le français est la langue officielle, mais aussi la langue de l'enseignement parlée par les personnes instruites qui constituent une minorité. Les principales activités sont l'agriculture, l'élevage et le commerce. Notons aussi que Beni reste la seule région au monde capable de produire à la fois le café arabica et robusta (19).

Malheureusement, les incursions des groupes rebelles entrainent le déplacement des populations résidant dans le territoire de Beni ainsi que dans la périphérie de la ville de Beni vers le centre des villes de Beni, Butembo et le territoire de Lubero. Ainsi, les populations vivant essentiellement de l'agriculture abandonnent derrière elles leurs champs. Cette situation a pour conséquence de baisser davantage le niveau de vie de la population qui vivait déjà dans la précarité (17).

2.1.5 Sur le plan sanitaire

En plus des centres de santé, des centres hospitaliers et de l'hôpital général de référence appartenant à l'Etat, la ville de Beni compte plusieurs centres privés. Cependant, seuls onze médecins spécialistes (deux pédiatres, deux ophtalmologues, quatre chirurgiens, deux gynécologues obstétriciens et un spécialiste en ORL) travaillent à l'hôpital général de référence de Beni. Les autres médecins sont des généralistes. En outre, ces différents centres de santé ne disposent pas de matériels et de médicaments. Les patients sont obligés d'acheter seuls les médicaments (paracétamol,… et les produits de première nécessité) et sont transférés vers les hôpitaux de la ville de Goma, capital de la province du Nord-Kivu, pour des soins spécialisés.

La survenue de plusieurs épidémies sur le territoire (MVE, Covid-19, Tuberculose, …), la malnutrition, la consommation de l'alcool et d'autres drogues par les jeunes ainsi que le stress permanent causé par l'insécurité impactent négativement la santé de la population. Nous notons également que la population de certaines zones de santé souffre d'un grand problème d'accès à l'eau potable. De plus, le nombre de latrines est encore très faible, ce qui contribue à la survenue de tout genre d'affections liées à une hygiène défectueuse (17).

2.1 Choix de la méthode

Nous avons mené une étude qualitative qui consiste à comprendre la perception de la population par rapport à la mise en place des activités de la riposte en général et de la surveillance à base communautaire en particulier. L'objectif vise à analyser les raisons de l'absence d'engagement de la population dans les activités de la riposte en général ainsi que dans celle de la surveillance à base communautaire en particulier. Cette étude nous permet donc de recueillir, auprès des différents acteurs de la surveillance à base communautaire, des informations en rapport avec leurs expériences ainsi que leurs vécus respectifs. Ainsi, les résultats de cette étude ne pourront être généralisables à toute la population, cependant, ils doivent être contextualisés. Seul notre échantillon sera concerné.

2.2 Posture de l'enquêteur

L'enquêteur est une personne étrangère à la zone de santé de Beni. D'emblée, il ne sait pas exactement comment fonctionne en interne cette dite zone de santé, il n'a pas connaissance des activités qui marchent et celles qui ne marchent pas. Ce travail permettra à la zone de santé de compléter les informations qu'elle détient sur la surveillance à base communautaire et l'engagement communautaire qu'elle implique.

2.3 Echantillonnage

Nous avons mené des entretiens de façon individuelle auprès des membres de la communauté constituée des guéris, mais aussi des contacts de tous les cas positifs (vivants ou décédés) ou probables préalablement enregistrés dans la base de données des guéris et des contacts disponibles dans la zone de santé. Nous avons également mené des entretiens individuels auprès des relais communautaires et des infirmiers titulaires des différents centres de santé de référence afin de réunir les informations suffisantes et diversifiées en ce qui concerne la MVE et la SBC sur toute l'étendue de la zone de santé. Pour cela, nous avons inclus dans l'étude :

- Tous les guéris d'Ebola âgés de 18 ans et plus.
- Tous les contacts des cas d'Ebola probables et confirmés identifiés physiquement pendant les 21 jours de la période de suivi des contacts, âgés de 18 ans et plus au moment du contact.
- Tous les relais communautaires de la surveillance à base communautaire.
- Tous les infirmiers titulaires des centres de santé de référence de la zone de santé de Beni ayant été présent lors de la dixième épidémie.

Nous avons exclu de l'étude :

- Les patients âgés de moins de 18 ans au moment du contact.
- Les personnes non enregistrées dans la base de suivi des contacts.
- Celles non enregistrées dans la base des données des guéris.
- Toute personne jamais vue.
- Celles perdues de vue.
- Les relais communautaires n'appartenant pas à la surveillance à base communautaire.
- Les infirmiers non titulaires des centres de santé de référence et ceux qui n'ont pas été présent lors de la dixième épidémie.

Notons que le recrutement des répondants s'est aussi basé sur leur disponibilité, mais aussi sur leur capacité à répondre à nos questions. Par ailleurs, nous avons conduit les entretiens jusqu'à ce que nous avons constaté la répétition de ce qui avait déjà été dit, et ce, de la part de tous les acteurs (membres de la communauté, infirmiers titulaires des centres de santé de référence, et les relais communautaires).

2.4 Description de l'échantillon

Sur base des critères d'inclusion et d'exclusion cités ci-haut, nous avons établi une liste d'éventuels candidats pour mieux atteindre notre cible et mener notre recherche. Nous avons eu un total de 30 candidats à raison de 10 par groupe (membres de la communauté, relais communautaires, infirmiers titulaires). Les 10 membres de la communauté et les 10 relais communautaires répondaient à nos critères. Toutefois, sur les 10 infirmiers titulaires et directeurs de nursing qui nous ont été présentés par la zone de santé, seulement 8 répondaient à nos critères, les deux autres étant nouveaux et n'ayant pas travaillé lors de la dixième épidémie de la MVE. A partir du cinquième entretien, nous avons commencé à avoir des réponses similaires dans chaque groupe. De ce fait, nous avons donc décidé d'arrêter les entretiens au 7^{e} interview dans chaque groupe. Nous avons pris le soin de fournir d'amples explications aux différents candidats sur les objectifs et le déroulement de notre recherche. Enfin, nous leur avons demandé un consentement écrit.

2.5 Collecte des données

La collecte des données a été réalisée par des entretiens semi-directifs afin de permettre aux personnes interrogées de s'exprimer librement, d'autant plus que les questions étaient ouvertes. Ces questions ont parfois subi des modifications et aussi eu des relances (20), (21). Ces échanges se sont étalés sur environ deux semaines, soit du 8 au 22 mai 2023. Le guide d'entretien présent dans les annexes est composé de 23 questions adressées aux membres de la communauté, de 20 questions adressées aux infirmiers titulaires et 20 questions adressées aux relais communautaires. A chaque fois, les enquêteurs se présentent, demandent l'identité de leurs interlocuteurs et leur rappellent le but de la recherche. Le guide d'entretien comptait cinq parties :

- La première partie traitait de la présentation de l'interviewé.
- La deuxième partie traitait des questions sur les généralités de la MVE.
- La troisième partie traitait des questions en rapport avec l'expérience de la MVE.
- La quatrième partie traitait des questions en rapport avec l'expérience de la surveillance à base communautaire.

Enfin, nous avions des questions en fin d'entretiens pour savoir comment l'interviewé avait vécu l'entretien.

Après avoir conçu le guide d'entretien, le promoteur et le Co-promoteur du mémoire l'ont validé. Une attestation de recherche a été octroyée par l'Université Catholique de Louvain et a été signée par le doyen de la faculté de Santé Publique, promoteur du mémoire et par le Co-promoteur ainsi que le secrétaire de la faculté de Santé Publique.

Sur le terrain, le but de la recherche a été expliqué au médecin-chef de la zone de Santé de Beni avec qui nous avons listé tous les éventuels candidats. Le Guide d'entretien a été traduit en swahili, la langue locale, par un traducteur résidant dans la ville de Beni. Par la suite, le guide d'entretien a été adapté pour ne pas créer de frustrations au sein de la communauté. Cependant, nous avons demandé aux interviewés de parler dans la langue de leur convenance (français ou swahili).

2.6 Traitement des données

Les données collectées à partir des entretiens semi-directifs sous forme de verbatim (propos des personnes interviewées) à l'aide de dictaphones ont été retranscrites intégralement. Les guides d'entretien utilisés ont subi des adaptations tout au long de la collecte des données. Les interviews ont été codées pour garantir l'anonymat des participants : les infirmiers titulaires ont été codés de I1 à I7 ; les relais communautaires (Reco) ont été codés R1 à R7 ; les membres de la communauté ont été codés de MC1 à MC7.

Nous avons effectué, de façon simultanée et immédiate, la collecte et l'analyse des données. Après chaque série de quatre entretiens, une transcription et une analyse ont été faites. Cette phase de traitement et d'analyse des données s'est déroulée en deux temps. Premièrement, nous avons décrit tout ce qui a été dit par la personne interviewée après avoir écouté plusieurs fois les entretiens afin de créer des catégories thématiques, les thèmes ainsi créés ont été illustrés par les verbatims. Le deuxième temps a servi à l'interprétation des propos. Pour ce faire, nous avons découpé les matériaux en unités de sens, donné une signification et expliqué les thèmes descriptifs.

Les enregistrements ont été réécoutés pour évaluer l'importance de leurs contenus et ceux menés en swahili ont été traduits en français. Les informations et les descriptions recueillies ont été groupées par thème pour saisir le sens du message de l'enquête (20), (21), (22).

2.7 Considération d'ordre éthique

Cette étude ne pouvait avoir lieu qu'après approbation et autorisation du comité d'éthique. Ainsi, après soumission d'un protocole de recherche, nous avons reçu approbation et autorisation du comité national d'éthique de la santé conformément aux lignes directives nationales d'éthique impliquant des êtres humains du Ministère de la santé, mais aussi conformément à la décision du CNES n°001/CNES/SR/03/2015 du 13 mars 2015 exigeant aux chercheurs œuvrant dans le secteur de la santé de soumettre leurs études à l'évaluation éthique. L'étude se déroule dans la zone de santé de Beni, province du Nord-Kivu en République Démocratique du Congo. L'approbation de recherche est enregistrée sous le numéro d'approbation : ESPCE 056/2023 (voir annexe).

III. CADRE THEORIQUE

3.1 LA MALADIE A VIRUS EBOLA (MVE)

A) DEFINITION ET ETYMOLOGIE

La maladie à virus Ebola (MVE) est une maladie virale hautement mortelle chez l'homme. Elle se transmet à l'homme par des animaux sauvages frugivores issus de la forêt tropicale. Les chauves-souris de la famille des pteropodidae sont les principaux réservoirs du virus. A l'instar de la maladie hémorragique de Marbourg, la MVE se caractérise par une fièvre hémorragique due à un filovirus et se transmet par contact interhumain (transmission familiale, inter-hospitalière). Ces deux maladies peuvent aussi être contractées à l'hôpital (23). Ce filovirus appartient à la famille des Filoviriridae et comprend trois genres :

1. **Ebola virus** qui comprend cinq souches principales distinctes : Zaïre (EBOV), Soudan (SUDV), Budibungyo (BDBV), Forêt des Tai (Tai Forest TAFV) et Reston (RESTV). Notons qu'en septembre 2019, en Guinée, une sixième souche a été découverte chez des chauves-souris.
2. **Marbourg virus,**
3. **Cuevavirus.**

L'agent pathogène le plus virulent de la MVE connu dans l'infection chez l'Homme est le Zaïre (EBOV), responsable de la majorité des épidémies. Il a été découvert en 1976 au Zaïre (ancienne appellation de la République Démocratique du Congo - RDC). Depuis lors, il a été la cause de plusieurs épidémies de courte durée, causant la mort dans les différentes communautés de l'Afrique centrale. Cependant, en décembre 2013, est survenue la première épidémie la plus meurtrière depuis 1976 et, de surcroit, la première en Afrique de l'Ouest faisant 4439 décès sur 12164 cas. Elle représente environ près de quatre fois le nombre total des cas survenus au cours de toutes les épidémies depuis 1976. La deuxième épidémie meurtrière est celle qui a sévi au Nord-Kivu entre 2018 et 2020, avec 2229 décès sur 3481 cas probables et confirmés (23),(1),(12),(8).

Cette maladie s'introduit dans la population humaine au cours d'un contact étroit avec les fluides corporels ou les effets personnels d'un patient décédé ou vivant, mais aussi après contact étroit avec les secrétions, les organes, les liquides biologiques ou le sang d'animaux infectés ou morts dans les forêt tropicales (antilope, singe, porc-épic…). Ces animaux n'étant pas le réservoir du virus présentent une létalité très élevée. Ainsi, la chauve-souris reste le seul

réservoir naturel, car infectée par le virus, elle ne développe aucun symptôme pouvant permettre la persistance du virus dans l'environnement (23), (1), (12),(2). Dès le premier contact, le virus se propage dans la population humaine à la suite :

a) Du contact direct avec les secrétions, les fluides corporels, le sang et la peau lésée. Notons que le rite funéraire en Afrique reste l'une des principales sources de contaminations. En effet, au cours de celui-ci, les corps des personnes décédées sont lavés par les membres de leurs familles et exposés pendant plusieurs heures à la famille ainsi qu'à toutes les personnes venues consoler les membres éprouvés. Toutes ces pratiques sont des sources de contamination.
b) Du contact indirect avec les matériels souillés et linges appartenant aux patients d'Ebola vivants ou décédés (23), (1), (12), (8), (2), (9).

Notons qu'il existe deux types de contamination :

- Contamination directe auprès du réservoir (chauves-souris frugivores),
- Contamination indirecte par l'intermédiaire d'espèces animales sensibles aux virus (1).

Des études ont montré que l'homme se contamine au contact des carcasses infectées d'animaux tels que les gorilles, chimpanzés ou antilopes. Dès lors, les personnes les plus exposées sont les chasseurs. De plus, certains animaux domestiques comme les chiens peuvent parfois contracter le virus en se nourrissant des restes de carcasses d'animaux infectés. Cependant, les canidés ne développent pas les signes de la maladie, mais peuvent, par les selles et urines qu'ils émettent, contaminer les humains qui, eux, peuvent développer les signes de la maladie (1).

Les sujets non symptomatiques ne peuvent pas transmettre le virus. Cependant, ce dernier reste présent dans le sang et les liquides biologiques des personnes infectées. Par exemple, l'Ebola persiste, dans le sperme, pendant plus d'un an après la guérison clinique. De plus, le virus peut se retrouver dans une zone éloignée du lieu dans lequel l'épidémie sévit du fait des mouvements des populations tels que les déplacements consécutifs pour des conflits armés, des échanges commerciaux et des voyages faits pour diverses raisons (23).

Les facteurs favorisant la transmission de la maladie sont :

1. Les facteurs sociaux et comportementaux : rites funéraires, alimentation par la viande de brousse (mal cuite, et gibier mort ramassé dans la brousse), promiscuité, accolades, …
2. Les facteurs virologiques seins de l'animal : charge virale (23)

Il est aussi documenté, en référence aux épidémies de l'Afrique centrale ainsi que celles de l'Afrique de l'Est et de l'Ouest, que les types d'Ebola virus Zaire, Bundibungyo et Soudan sont associés à des taux de létalité très élevés avec une moyenne de 65,4 %. Ce taux connait des variations avec comme particularité une baisse importante qui peut s'expliquer par trois facteurs principaux qui sont :

1. La diminution de la virulence du type Zaire,
2. L'amélioration de la prise en charge de la Maladie à virus Ebola à son stade précoce,
3. L'amélioration de l'immunité de la population (23).

A) *PHYSIOPATOLOGIE*

- Au laboratoire, il est documenté que l'Ebola virus est capable d'infecter différents types de cellules notamment, les cellules épithéliales, endothéliales, monocytaires. Il peut également infecter différents types d'hôtes : les hommes, les primates non humains, ainsi que les rongeurs (23).
- In vivo, il est documenté que l'Ebola virus peut infecter de nombreux organes et tissus, particulièrement :
    - Le tissu lymphoïde : le virus infecte les macrophages et les cellules dendritiques. Cette infection entraine l'hypersécrétion des cytokines, la déplétion lymphocytaire par apoptose et l'inhibition de la réponse immunitaire. Cette situation permet de juger de la qualité de la réponse humorale et l'importance des réactions inflammatoires cytokiniques. Ainsi, se dégagent deux profils de patients : d'une part, les survivants qui ont des anticorps IgM et IgG précoces et élevés et, d'autre part, les décédés qui ont peu ou n'ont pas du tout de réponses immunitaires et sécrètent une grande quantité de cytokines et interférons.

- Le foie : le virus entraine l'infection et la nécrose des hépatocytes, une insuffisance hépatocellulaire et un trouble de synthèse de facteurs de coagulation.
- La glande surrénale : le virus entraine une infection de la corticosurrénale et le trouble de la synthèse des hormones surrénaliennes (23).

B) CLINIQUE

La maladie à virus Ebola (MVE) présente une période d'incubation de 8 à 10 jours. Au début, le patient présente de la fièvre associée à des symptômes apparentés à la grippe tels que l'asthénie physique, les céphalées, l'anorexie et les myalgies. Ces signes se retrouvent aussi

dans plusieurs autres pathologies (par exemple dans le paludisme) et ne sont donc pas spécifiques. Viennent ensuite les signes digestifs faits de vomissements et de diarrhées, lesquels peuvent entrainer une déshydratation sévère ainsi que des troubles hydroélectrolytiques qui apparaissent dans les 3 à 5 jours qui suivent l'installation des signes. Les symptômes évocateurs de la MVE sont l'odynophagie, les signes cutanés, la conjonctivite et l'exanthème (23).

En phase terminale, un tiers des patients présentent des signes hémorragiques. Ces manifestations peuvent être : l'émission des selles noirâtres (méléna), le vomissement de sang (hématémèse), l'injection des conjonctives, le saignement du nez (épistaxis) ainsi que le saignement aux sites d'injections. Dans les formes mortelles, la mort survient deux jours après l'apparition des signes hémorragiques. Le patient décède en état de choc (1).

Les critères de gravité sont :

- L'âge : les enfants âgés de moins de 5 ans et les adultes de plus de 40 ans.
- Les éléments biologiques : l'augmentation de la charge virale, l'augmentation de la créatinine sérique et l'augmentation des transaminases avec les ALAT<ASAT.
- La clinique : les manifestations hémorragiques et les troubles respiratoires (23).

Chez les survivants, certaines complications ont été rapportées : céphalées, anorexie, arthralgie, fièvre, trouble de la vue, cécité, troubles psychiatriques et psychologiques, anémies, … (23).

C) DIAGNOSTIC

Précocement, le diagnostic est clinique : on isole toute personne vivant dans une zone à potentiel épidémique et présentant des symptômes de paludisme ou pseudo grippal ainsi que des signes d'hémorragie. Cependant, en pratique, le diagnostic est biologique. Deux tests sont utilisés pour tous les types d'Ebola virus : (i) le RT-PCR est un diagnostic direct. Il s'effectue sur tout type de liquide biologique prélevé sur un patient suspect d'Ebola. Les résultats sont connus le même jour. Le test doit être répété plusieurs fois, car un premier test négatif n'exclut pas la maladie.(ii) Ensuite, le test ELISA est un diagnostic indirect par lequel se font le titrage des IgM et des IgG spécifiques (23).

Il existe aussi un dernier test rapide spécifique à la souche Zaïre (ReEBOV Antigen Rapide).

D) TRAITEMENT

Aucun traitement spécifique à la maladie à virus Ebola n'a été mis au point jusqu'à ce jour. Le plateau technique est constitué jusque-là des vaccins et des médicaments expérimentaux. Le traitement comporte deux volets :

1. Le traitement préventif qui se fait essentiellement avec des vaccins expérimentaux.
2. Le traitement symptomatique qui a pour objectif de soigner les symptômes que le patient présente. Le patient reçoit des antiémétiques, des antidiarrhéiques, une réhydratation intensive guidée par les paramètres biologiques (l'ionogramme), un traitement des infections associées à la MVE, une prise en charge des comorbidités ainsi qu'une alimentation riche et équilibrée. Il est cependant contre-indiqué de prescrire de l'acide acétyle salicylique (aspirine), de l'héparine, d'anti-inflammatoires non stéroïdiens, des corticoïdes et des injections par voie intra-musculaire.

Notons qu'il existe des molécules encore en phase expérimentale. Celles-ci sont considérées comme faisant partie du traitement curatif de la MVE (23).

E) CONDUITE A TENIR DEVANT UNE MALADIE A VIRUS EBOLA

La conduite à tenir dépend du type de cas de la maladie à virus Ebola (MVE). Notons cependant qu'il existe trois types de cas de MVE :

- Cas alerte : toute personne qui a présenté une hausse de température sans prodrome, ou qui est décédée de manière inexpliquée ou qui a présenté un saignement de toute nature tel que saignement du nez, injection conjonctivale, saignement génital, hématurie, selles teintées de sang ou une diarrhée sanglante.
- Cas probable : toute personne qui présente des symptômes suggérant une maladie à virus Ebola, à condition que cette dernière soit morte, mais qui aurait été en contact avec un cas confirmé de MVE.
- Cas suspect : toute personne vivante qui a été en contact avec une personne vivante ou décédée de MVE et dont le test est revenu positif, ou un cas probable de MVE, ou toute personne qui a été en contact avec un animal malade ou mort, ou encore toute personne qui présente de la fièvre avec au moins les symptômes ci-dessous : l'asthénie physique, les céphalées, les douleurs musculaires, les courbatures, les douleurs articulaires, une difficulté à respirer, l'émission de selles liquides, l'envie

de vomir ou le vomissement, les maux de gorge, une difficulté à avaler, le hoquet, les maux de ventre ou encore une hémorragie dont on ne connait pas la cause (23).

Un examen de laboratoire est alors réalisé sur des prélèvements faits sur ces différents cas. Ainsi, la positivité ou la négativité des résultats de laboratoire détermine le classement en cas confirmé et en non-cas.

De manière générale, devant tout patient souffrant d'une fièvre hémorragique d'origine virale, des précautions s'imposent afin de prévenir toute transmission au sein d'une institution de soins. Ces précautions consistent à mettre le patient en quarantaine(i), à doter le prestataire de soins d'équipements de protection individuelle (EPI : lunettes, blouse, bottes, deux paires de gants jetables, deux masques par prestataire) afin de les protéger(ii), à éviter de rependre les différentes secrétions et excrétions des patients(iii), à commencer avec un traitement pour soigner les différents symptômes que présente le patient(iv) et, dans la mesure du possible, instaurer un traitement spécifique(v). Dès que le patient présente les symptômes évoquant la MVE, les mesures pour éviter les transmissions interhumaines par le contact avec les fluides biologiques doivent être scrupuleusement observées (2).

Sont admis dans le centre de traitement Ebola (CTE) les cas suspects, confirmés. Le CTE est constitué, d'une part, d'une zone d'isolement à haut risque dans laquelle se trouvent plusieurs tentes pour les différents cas énumérés supra. En somme, les contacts sont donc limités entre ceux-ci. En plus des tentes réservées aux cas probables, suspects et confirmés, une tente est destinée à recevoir les patients décédés. D'autre part, le centre est constitué d'une zone à faible risque éloignée de la première, dans laquelle on retrouve la pharmacie, les vestiaires, le laboratoire et un espace pour la tenue des réunions (2).

F) AUTRES PRISES EN CHARGE

1. DES DECHETS

Tous les déchets provenant des actes posés dans les institutions de soins sont appelés « déchets biomédicaux ». Ils doivent être désinfectés au moyen d'eau de javel diluée (1/100) pendant 30 minutes, puis brûlés à l'aide d'incinérateur après séchage.

Les selles et les urines sont aussi désinfectées avec de l'eau de javel diluée (1/10) puis déversées dans les latrines (23).

2. DES CADAVRES

Dans de tels cas, les rites funéraires traditionnels sont déconseillés et interdits aux familles. Des équipes sont spécialisées dans les enterrements « dignes et sécurisés »(EDS). Les professionnels désinfectent les corps avec de l'eau de javel diluée (1/10), les placent dans des sacs mortuaires saupoudrés d'hypochlorite de calcium (23).

3. DES CONVALESCENTS

Le respect des recommandations de l'OMS telles que le port du préservatif est de rigueur. En effet, il est documenté que le virus reste présent dans le sperme pendant plus d'une année après la guérison.(23).

4. DES EXPOSITIONS ACCIDENTELLES

La personne qui s'expose accidentellement est placée sous surveillance. Si elle a été piquée par une aiguille, elle est désinfectée avec de l'alcool, de l'eau et du savon, mais si elle a été en contact avec des fluides corporels, elle doit être désinfectée avec de l'eau de javel diluée (23).

5. EPIDEMIE

« Le profil épidémiologique de la République Démocratique du Congo (RDC) est marqué par l'émergence et la réémergence de plusieurs maladies transmissibles à potentiel épidémique. En même temps, le pays est en transition épidémiologique caractérisée par une augmentation de l'incidence des maladies non transmissibles. Ce double fardeau des maladies transmissibles et non transmissibles a une répercussion sur la mortalité et la morbidité de l'ensemble de la population congolaise » (2).

De nos jours, plusieurs épidémies sévissent en RDC avec des flambés d'épidémies diverses telles que celles des maladies à virus Ebola, de rougeole et celle du choléra (2).

Depuis 1976, année de la découverte de la maladie à virus Ebola, l'Afrique a connu environ 29 épidémies. Le Zaïre (ex République démocratique de Congo) est le pays dans lequel l'épidémie humaine a sévi pour la première fois et, à ce jour, il compte 15 flambées d'épidémie (1976, 1995 et 1997, 2001 et 2002, 2007, 2008, 2012, 2014, 2018 et 2020, février 2021 et en 2022). La RDC a déclaré la fin de sa quinzième épidémie le 27/09/2022. Notons que l'Ouganda est le dernier pays africain touché par la MVE à ce jour. Le ministère de la Santé de l'Ouganda a annoncé le 20 septembre 2022 le début d'une nouvelle épidémie de la MVE et, le 11 janvier 2023, la fin de cette dernière (8), (2), (9), (7), (24).

En aout 2014, l'OMS a déclaré que l'importance de l'épidémie à virus Ebola en Afrique de l'Ouest suscite « une urgence de santé publique à portée internationale et un risque de santé publique majeur pour les autres Etats », et aussi que, cette épidémie « représente désormais la plus grave crise sanitaire des trente dernières années ». Cette épidémie meurtrière était la première de l'Afrique de l'Ouest avec 11325 décès sur 28600 cas de 2014 à 2016, ce qui représente environ près de quatre fois le nombre total des cas au cours de toutes les épidémies survenues depuis 1976. La deuxième épidémie meurtrière est celle qui a sévi au Nord-Kivu entre 2018 et 2020, avec 2229 cas sur 3481 cas probables et confirmés. La République Démocratique du Congo a connu quinze épidémies de la maladie à virus Ebola (1), (3), (4), (5), (6), (16).

En aout 2018, la RDC a connu sa dixième flambée d'épidémie de la maladie à virus Ebola la plus meurtrière au Nord-Kivu, une zone exempte de cette épidémie depuis sa découverte. Cette épidémie a été déclarée seulement 8 jours après la déclaration de la fin de l'épidémie de la MVE dans la province de l'Equateur. Au mois de juillet de la même année, 20/26 personnes ayant présenté une fièvre hémorragique sont décédées dans la province du Nord-Kivu en République Démocratique du Congo. Des prélèvements réalisés sur les six malades en hospitalisation dans un centre de santé de la zone de santé de Mabalako ont été envoyés à l'INRB (Institut National de Recherche Biomédicale) à Kinshasa. Les résultats sont revenus positifs à la MVE. Cependant, le séquençage génétique réalisé a démontré que l'épidémie finissante de la province de l'Equateur n'avait aucun lien avec celle de la province du Nord-Kivu. Cette nouvelle épidémie s'est propagée jusqu'aux provinces de l'Ituri et du Sud-Kivu (16).

Le 17juillet 2019, l'OMS a déclaré que l'épidémie de la province du Nord-Kivu et de l'Ituri est « une urgence sanitaire à portée internationale », car elle avait atteint la ville de Goma dans la

province du Nord-Kivu en RDC et l'Ouganda. Environ 15 mois après le début de l'épidémie, 3296 cas d'Ebola ont été diagnostiqués dont 2196 décès soit 67 % des patients (16).

Au cours de la réponse à l'épidémie de la MVE, plusieurs piliers sont mis en place à savoir la surveillance, la prise en charge, la prévention de l'infection, le diagnostic au laboratoire, « les enterrements dignes et sécurisés », le soutien psychosocial et la communication. Notons que ces différentes activités ne peuvent se dérouler sans l'engagement de la communauté. Cet engagement communautaire fait appel à des interventions ayant plusieurs approches dans le but d'impliquer les communautés dans l'amélioration de leur santé et de leur bien-être. Les populations des différentes zones de santé consultent des guérisseurs traditionnels plutôt que les structures sanitaires modernes, ce qui aggrave la situation pendant les épidémies. Dès lors, il est capital d'instaurer la surveillance à base communautaire qui est « la détection et le signalement d'évènement sanitaires publics importants au sein d'une communauté par les membres de la communauté » (10)**,**(11) **,** (12)**,** (25)**,** (14)**.**

En se référant à la MVE, la gestion de l'épidémie se base sur cinq piliers :

- ✓ Coordination, gestion de l'information, administration et finance, logistique et sécurité,
- ✓ Surveillance, laboratoire et vaccination,
- ✓ Prise en charge médicale, essai clinique, recherche et programme pour les survivants,
- ✓ Prévention, biosécurité et « enterrement digne et sécurisé » (EDS),
- ✓ Communication des risques, engagement communautaire et prise en charge psychosociale (26).

6. LA SURVEILLANCE

6.1 DEFINITION

Le dictionnaire Larousse définit la surveillance comme « l'action de veiller avec attention, autorité et souvent avec défiance, de contrôler ».

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et le Centers for Disease Control and prévention (CDC) définissent la surveillance comme un processus comprenant « le recueil systématique et continu des données sanitaires, leur analyse et leur interprétation, ainsi que la diffusion des informations recueillies auprès de ceux qui en ont besoin pour prendre les mesures sanitaires nécessaires ». Elle est aussi nécessaire dans la planification, la mise en œuvre et l'évaluation des pratiques sanitaires (27).

Chaque pays utilise, à travers ses différents programmes de santé, plusieurs types de surveillance. Cette surveillance s'exerce dans une institution de soins, une communauté, un établissement de soins désigné comme centre de notification des alertes précoces en cas d'épidémie ou de pandémie, un laboratoire pour détecter un phénomène particulier sur un territoire bien défini ou encore, pour certaines pathologies afin de recueillir des données spécifiques (27).

Le bureau régional de l'Organisation Mondiale de la Santé pour l'Afrique (OMS-Afro) propose une approche de surveillance intégrée des maladies et riposte (SMIR) afin d'améliorer le contrôle sanitaire ainsi que la réponse aux épidémies qui sévissent en Afrique. La SMIR favorise la participation de la communauté ainsi que des institutions des soins à tous les niveaux du système de santé. Elle permet le bon usage des ressources par l'intégration et la canalisation des activités de routine qui concernent la surveillance. Le SMIR considère qu'il y a un seul monde et une seule santé. Ainsi, elle se positionne au croisement de la santé humaine, de la santé des animaux (domestiques et sauvages) et de l'écosystème. Notons que 75 % des maladies récemment, les maladies « émergentes ou ré-émergentes » qui ont affecté la santé humaine, sont d'origine animale (Maladie à virus Ebola, le VIH/sida, la grippe aviaire) (23), (27).

L'idée d'un seul monde-une seule santé est une approche « interdisciplinaire, holistique et intégrée des problèmes de santé ». Les maladies sont la résultante des situations telles que les perturbations climatiques avec comme corollaire le réchauffement climatique, la contamination des aliments, les risques chimiques, la pauvreté le faible niveau d'instruction. Cette approche fait appel à la coordination au sein des différents secteurs de la vie et même la coordination entre différents secteurs (intersectorialité). En effet, dans la gestion d'une épidémie, les professionnels des différents secteurs collaborent face à la maladie. Notons que, par exemple, pour la gestion de la maladie à virus Ebola en République Démocratique du Congo (RDC), les psychologues, les spécialistes en communication, les militaires, la protection civile, les guérisseurs traditionnels…, travaillent avec les professionnels de santé dans la réponse à l'épidémie. Ainsi, le SMIR, au travers de l'intersectorialité, permet aux différents professionnels de renforcer leurs liens, mais aussi de renforcer tous les secteurs pour capitaliser l'utilisation des ressources qui sont d'ores et déjà limitées. Et de ce fait, l'amélioration des différents secteurs conduit à une meilleure prévention et contrôle des maladies (27).

Dans un système intégré, on retrouve la coordination et canalisation de toutes les activités de surveillance(i), la combinaison de plusieurs activités de surveillance en une seule, la similitude

de ces activités sur le plan de la surveillance, des compétences, des ressources nécessaires. Ce mode de fonctionnement est profitable à leur exécution et à la population concernée par les activités (par exemple lors des activités de surveillance dans une région où sévit Ebola, on fait aussi la surveillance de la Covid-19 (ii), le district sanitaire est le point focal pour l'intégration de la fonction de surveillance. Ce dernier est le premier niveau du système de santé et est constitué d'un personnel qui s'occupe des différents aspects de la santé publique qui sont : la surveillance des problèmes de santé dans la communauté, la mobilisation de l'action communautaire, la demande de financement au niveau national et l'accès aux différentes ressources de la région afin de sauvegarder la santé de citoyens du district. En RDC, le district sanitaire a été remplacé par la division provinciale de la santé (DPS)(iii), les différents responsables de la surveillance à tous les niveaux de la pyramide de santé (du district ou de la DPS, de la région et du pays) collaborent (27).

6.2 OBJECTIFS

L'objectif général est d'être capable, au travers du système de surveillance, de faire la détection et de confirmer les menaces des toutes les maladies transmissibles ou non et de prendre des mesures adéquates (28).

Les objectifs spécifiques sont :

- Décrire un phénomène de santé au sein d'une population. La description permet de renseigner sur sa définition dans le temps et dans l'espace, et sur la morbidité et la mortalité qu'il induit ainsi que les caractéristiques socio-démographiques de la population dans laquelle il se produit (28).
- Lancer des alertes : le système des alertes consiste en la détection d'évènements aigus tels que les épidémies, l'émergence de nouvelles maladies ou la réémergence des anciennes nécessitant une promptitude d'action. Lorsqu'une alerte est lancée, les investigations doivent être menées et les mesures de prévention sont mises en place pour faire face à une situation sanitaire spécifique. Notons tout de même que, dans certains cas, une alerte peut être lancée et aucune action n'est menée en même temps, cela dans le but d'une expectative armée pour voir si l'évènement est vraiment en train d'émerger ou s'il est juste passager. Il faudrait donc prendre en compte la sévérité, la capacité de se répéter, ainsi que la capacité de contenir l'évènement. « La notion des alertes est intimement liée à la décision d'une action rapide au niveau de la collectivité. Elle est

également liée à la capacité de détection, à la notion de seuil et à la réactivité du système de surveillance » (28), (29).

- Faire l'évaluation à travers un système qui permet d'estimer la propension d'une maladie ou d'une politique de santé sur le court ou le long terme (28).

Au cours d'une surveillance, les deux systèmes des alertes et des évaluations sont utilisés, mais on fait le choix d'en utiliser une à la fois. Cependant, certains choisissent de les utiliser en même temps. Dans ce cas, l'utilisation de ces deux systèmes se fait sur tout le processus de surveillance : de la collecte de l'information jusqu'à son utilisation (28).

6.3 LA COLLECTE DES DONNEES

La collecte des données de surveillance se fait :

- Généralement dans une institution de soins de santé (hôpital, centre de santé, dispensaire,…). Cependant, pour les maladies contagieuses, vu que la contamination se passe dans les milieux de vie des patients, lorsqu'ils arrivent à l'hôpital, il est tard pour vraiment parler de surveillance, car la maladie s'est déjà répandue dans la communauté et causé beaucoup de morts. Notons aussi que, pour certaines communautés, l'accès aux institutions de soins d'un point de vue géographique est difficile ou carrément impossible. Ainsi, la surveillance dans ces communautés ne peut être assurée.
- Mais aussi auprès de la communauté (villages, marché, écoles, ménages,…)(30).

6.4 TYPES DE SURVEILLANCE

Il existe deux types de surveillance :

- La surveillance passive

C'est la recherche clinique des cas. Elle se réfère aux données existantes et consignées dans un registre (registre des admissions, registre des décès). Ces informations ont été collectées au cours d'une consultation médicale ou d'un examen de labo. Un patient qui se rend dans une institution de soins pour une consultation est suspecté par un médecin ou infirmier selon les symptômes qu'il présente d'une pathologie donnée.

La surveillance passive est régie par la loi et elle se fait indépendamment de la volonté des agents. Ainsi, tout prestaire de soin (médecin, infirmier) est obligé de déclarer à l'autorité

sanitaire tout diagnostic qu'il pose. Notons cependant que le praticien est le seul habilité à récolter les données (28), (29).

Au cours d'une épidémie de la MVE, les professionnels de santé se réfèrent aux données consignées dans les registres des consultations ou d'admission des formations sanitaires (FOSA) et dans les registres des ventes des pharmacies pour prélever des données en rapport avec les symptômes de la MVE. Cette surveillance nécessite une bonne tenue de ces différents registres par les agents commis à cette tâche. Au niveau des formations sanitaires, les défis liés à la démotivation des prestataires entravent la bonne tenue des registres et la fiabilité des données qui s'y retrouvent. Nous notons par exemple que, lors de la dixième épidémie de la MVE dans la province du Nord-Kivu en RDC, les administratifs ainsi que les professionnels de santé des FOSA étaient en grève. Cette dernière n'a pris fin qu'après la déclaration de la fin de l'épidémie. La collaboration entre les professionnels des FOSA et ceux de la riposte contre la MVE était difficile voire quasi inexistante. Cette situation associée à la grogne sociale de la population et à l'insécurité a aggravé la situation sanitaire rendant difficiles les activités de la riposte.

Les pharmacies fonctionnent généralement avec un personnel non qualifié, généralement incapable de tenir correctement les registres. Ainsi, il est difficile d'avoir des données fiables, car elles sont généralement incomplètes. La non-complétude des registres ne permet pas un bon fonctionnement de la surveillance, car un des éléments permettant de retracer le patient manque (nom complet, adresse, profession…). Même si les données sont complètes, l'inaccessibilité des différents quartiers, la méfiance de la population, l'insécurité et la démotivation des prestataires rendent difficile le contact avec le patient.

De plus, la médecine traditionnelle étant le premier recours des soins de la population, il est difficile et même impossible de prélever des données auprès des tradipraticiens ou des guérisseurs. En effet, ils reçoivent la confiance de la population et ne peuvent pas accepter d'être ceux qui dénoncent leurs patients, soucieux de garder leur « clientèle». Ainsi, ils se méfient des étrangers et sont hostiles aux activités de la riposte. Enfin, ils ne disposent pas des registres dans lesquels ils consignent les données des différentes consultations.

- La surveillance active

Elle est organisée par une entité désignée, elle est faite par des acteurs de terrain volontaires et elle ne régit par aucune disposition légale. La collecte des données est faite par des agents de

terrain. Les données sont ensuite transmises à l'autorité sanitaire qui est celui qui organise les activités et dote des moyens nécessaires pour leur réalisation (28), (29).

Selon les recommandations de l'OMS et du CDC, un bon système de surveillance prend en compte :

1) L'intégration qui est le fait de mettre ensemble diverses méthodes, programmes informatiques, outils de récolte des données, règles et définitions des cas, de sorte à avoir une même compréhension des informations recueillies afin de renforcer les capacités des différentes entités, programmes et acteurs œuvrant dans la lutte et la prévention des maladies (27).
2) La coordination qui est le fait de combiner les efforts et les actions en vue d'utiliser efficacement et durablement des ressources qui sont préalablement considérées comme insuffisantes. La coordination implique le partage de l'information, la planification, le contrôle ainsi que l'évaluation des actions par l'ensemble des acteurs en présence, en vue de rendre disponible des données et des informations correctes et adéquates à qui de droit (décideurs et autres personnes intéressées par la question). Cette coordination est bien menée si elle est dirigée par un comité intersectoriel et multidisciplinaire (27).

Au cours d'une épidémie de la MVE, la surveillance active consiste en une recherche active des cas dans et hors de la communauté. Celle-ci concerne toutes les aires de santé, hormis celles qui sont inaccessibles aux équipes de surveillance ainsi que celles dans lesquelles l'insécurité sévit. Dans la communauté, elle se fait par et avec les membres. En-dehors de la communauté, elle se fait dans les différents points d'entrée (par exemple au niveau des différentes frontières terrestres et aériennes entre deux pays) et dans les points de contrôle (entre deux villes ou deux provinces). Au niveau des points d'entrée et de contrôle, les agents de l'hygiène aux frontières travaillent en collaboration avec ceux de l'immigration nationale ainsi que ceux de l'organisme international de migration (OIM) à la recherche active des cas suspects. Ces points de contrôle et d'entrée sont des zones à risque pouvant occasionner la propagation de la MVE à cause de la circulation de la population qui voyage ou qui fait le commerce. Les agents ont pour mission de localiser tous les lieux d'activités de la population ainsi que les lieux de provenance des voyageurs qui sont le plus à risque. Mais aussi, d'intervenir en faisant une communication sur les risques liés à la MVE, la promotion des moyens de prévention et la détection des cas suspects parmi les voyageurs. Cette identification se fait en prélevant systématiquement la température

de tous les voyageurs et en recherchant les autres signes de la MVE chez toute personne présentant une température supérieure ou égale à 38 °C. Tout cas considéré suspect est isolé, un prélèvement est effectué en vue de confirmer ou d'exclure le diagnostic de la MVE. Les agents de de la riposte œuvrant dans les différents points d'entrée et de contrôle disposent des listes de tous les contacts à hauts risques ainsi que des cas perdus de vue, et sur base de cette dernière, ils procèdent à l'identification de tous les voyageurs. Les cas suspects ayant échappé aux différents contrôles peuvent ainsi être retrouvés.

Pour tout cas positif, une liste de contacts est dressée, et on procède à la recherche de tous ses contacts pour des investigations poussées afin d'exclure et de contenir la MVE.

Les activités quotidiennes commencent par une réunion matinale d'orientation et une réunion de restitution les après-midi. Cette réunion a pour but de présenter et d'analyser toutes les données recueillies lors des activités de terrain.

La surveillance active dans une épidémie de la MVE a pour objectif principal de contrôler cette dernière en cassant la chaine de transmission. Les objectifs spécifiques sont : remonter toutes les alertes attendues dans une zone de santé, faire les investigations de toutes les alertes, faire le suivi de tous les contacts listés et retrouver tous les contacts perdus de vue, déplacés et jamais vus, visiter toutes les formations sanitaires planifiées, mettre en place la surveillance à base communautaire dans toutes les zones dans lesquelles l'épidémie sévit.

Pour atteindre ces objectifs, plusieurs stratégies ont été mises en place afin de briser toute forme de résistance et de réticence de la communauté, mais aussi pousser la population à adhérer activement aux différentes activités organisées pour la contention de l'épidémie de la MVE. En effet, la population était hostile aux activités de la riposte, car elle ne croyait pas en l'existence de la maladie. Elle pensait que toutes ces activités avaient comme objectif de les exterminer. Elles consistaient au prélèvement communautaire, une large diffusion des définitions des cas plus sensibles pour la communauté afin d'éviter le déni, la distribution des kits alimentaires pour retrouver les contacts jamais listés, les contacts perdus de vue et compléter les informations des contacts déjà listés afin d'assurer un bon suivi, la mise en place de la cellule de recherche et d'analyse des contacts perdus de vue, déplacés et jamais vus, l'installation de la veille communautaire pour améliorer la performance de la surveillance, la communication régulière avec la communauté à travers le dialogue (Les avis de la communauté provenant de ce dialogue sont pris en compte et analysés), la mise en quarantaine des contacts à haut risque afin de les suivre correctement, l'installation d'un système des bons d'orientation des patients

de la communauté vers les institutions des soins pour se rendre compte de l'utilisation correcte des services de soins par la communauté.

6.5 LA SURVEILLANCE A BASE COMMUNAUTAIRE (SBC)

Elle est l'une des formes les plus importantes de gestion d'une épidémie. Elle est, selon le guide de Croix-Rouge/Croissant-Rouge sur les principes directeurs de la surveillance à base communautaire, « la SBC est une initiative de santé publique simple, adapté et peu couteuse gérée par les communautés » (30).

Dans la SBC, les communautés doivent être impliquées dans les différentes activités. Il faudrait aussi les inviter à transmettre les informations sur les éventuels risques sanitaires tels que des phénomènes qui surviennent dans la communauté de façon inattendue (le décès brusque de plusieurs membres d'une famille dont la cause est jusque-là inconnue). Ces informations transmises aux professionnels de santé pourraient représenter des signes prémonitoires d'une situation sanitaire grave évitable avec une prise en charge précoce (30).

La surveillance à base communautaire (SBC) est un processus qui invite, d'une part, la communauté à participer activement aux différentes activités de la surveillance qui consistent à détecter, notifier, répondre et à suivre rigoureusement les évènements de santé . Elle se sert des définitions des cas adaptées aux connaissances des personnes qui ne font pas partie de la profession médicale, afin de collecter efficacement et régulièrement des données sur les phénomènes de santé et les maladies. D'autre part, elle utilise des outils de récolte de données tels que les formulaires de notification, des alertes qui permettent de transmettre efficacement les informations nécessaires aux centres de santé de référence pour que ces dernières soient vérifiées, analysées, compilées et permettre des enquêtes pouvant conduire de manière urgente ou non à la réponse sanitaire (31).

La SBC doit prendre en compte d'une part les ressentis, les comportements, les habitudes ainsi que les coutumes des communautés ; d'autre part, elle doit prendre en compte les rumeurs qui circulent au sein des communautés concernant un phénomène de santé particulier. Elle doit être menée constamment, car elle permet de lancer des alertes précoces au cours de la période pré-épidémique (i), de détecter le plus tôt possible les personnes atteintes par un phénomène de santé (cas) ainsi que celles décédées suite à ce phénomène au cours de la période épidémique pour lancer la riposte(ii). Enfin, elle permet d'assurer et de pérenniser les acquis de la réponse sanitaire contre le phénomène de santé au cours de la période post-épidémique(iii) (31).

1) TYPES DE SURVEILLANCE A BASE COMMUNAUTAIRE

Selon le guide de la Croix-Rouge/Croissant-Rouge, pour toutes activités qui a pour but de recueillir des informations sanitaires dans la communauté, nous avons deux types de surveillances communautaires :

- La surveillance épidémiologique à base communautaire

Elle consiste à remonter toutes les informations sur des phénomènes qui surviennent de manière inhabituelle dans une communauté. Celles-ci sont analysées et permettent d'établir l'existence d'un problème de santé dans la communauté. Cette démarche vise également à identifier une éventuelle insuffisance des informations remontées pour établir l'existence d'un problème ou d'une rumeur.

- La surveillance sanitaire à base communautaire

Elle consiste à remonter des informations sur des cas suspects, de l'évolution des pathologies spécifiques en se référant à la définition communautaire des cas. Cette dernière associe deux ou trois symptômes à une maladie bien définie (en cas de paludisme, le patient présente de la fièvre, des maux de tête, des douleurs musculaires,…). Ce type de surveillance requiert un fort engagement communautaire (30).

2) ETAPES DE LA SBC

- La détection qui se fait par un membre de la communauté ou par un professionnel de santé qui lance l'alerte.
- Le tri qui se fait par un responsable de la SBC, qui examine l'alerte selon les informations reçues.
- La vérification des alertes qui se fait par les autorités sanitaires locales ou ses différents partenaires (OMS, Croix-Rouge/Croissant-Rouge,…). Celle-ci établit, d'après les informations reçues, un éventuel problème de santé pour la communauté sur base de l'alerte reçue.
- L'investigation qui se fait par une équipe mixte constituée des autorités sanitaires locales et des différents partenaires. Cette équipe a pour mission de déterminer la gravité du risque que représente l'alerte pour la communauté ainsi que les mesures à prendre.
- La Mobilisation des ressources suffisantes aux niveaux local et national afin de mener une intervention rapide et efficace dans la communauté (30).

3) CARACTERISTIQUES DE LA SBC

Selon la fédération internationale de la Croix-Rouge, la SBC :

(1) Doit être flexible : elle doit s'adapter aux demandes et contextes des différentes communautés dans le monde,
(2) Doit être menée par des volontaires qui peuvent être facilement et rapidement mobilisés,
(3) Doit s'appuyer sur les activités essentielles organisées au niveau national dans chaque pays, en rapport avec les soins de santé et premiers secours communautaires. Elle doit également s'appuyer sur la préparation face aux épidémies ainsi que les interventions pendant les épidémies.
(4) Elle doit être réactive afin d'être mise en marche et temporairement arrêtée lorsque le besoin en matière de santé se présente au sein des communautés (30).

4) OBJECTIFS DE LA SBC

La SBC a pour but de responsabiliser et d'aider la communauté à s'approprier les actions communautaires, d'aider la communauté à avoir des liens solides avec les prestataires œuvrant dans leur bassin de vie, avec les autorités locales, régionales et nationales. Pour ce faire, les acteurs de la SBC doivent participer aux réunions de sensibilisation qu'ils organisent et aux différentes séances de formations. Ils doivent mener certaines actions auprès des politiques afin d'obtenir de leur part des moyens visant à garantir leur propre santé et utiliser toutes les voies de communication dont ils disposent pour faire entendre leur voix et sensibiliser sur les différents évènement inhabituels qui surviennent au sein de leur communauté. Les différentes situations doivent être signalées en utilisant les voies de communications usuelles telles que le téléphone (par appel ou message), en contactant un relais communautaire ou en faisant part de la situation inhabituelle au relais communautaire lors de sa visite ou encore en contactant les professionnels de santé dans un établissement de santé communautaires (27), (30), (31).

Au cours d'une épidémie de la MVE, les relais communautaires œuvrant au sein de la zone de santé sont utilisés. Ces derniers reçoivent une formation sur la définition communautaire des cas. Notons que le mot « communautaire » a plusieurs sens. Dans ce cas, la définition « communautaire des cas » désigne simplement « quelques symptômes facilement reconnaissables utilisés par les membres non spécialisés d'une communauté pour décrire une maladie spécifique ». De ce fait, les relais communautaires sont formés pour reconnaitre un cas de fièvre hémorragique en général et de la MVE en particulier. Ils reçoivent également une

formation sur la complétude des fiches de notifications des cas. Cependant, le contexte difficile de la dixième épidémie de la MVE en RDC a poussé les autorités sanitaires à recourir aux leaders d'opinion et aux membres des familles pour compléter la liste des relais communautaires. En effet, la méfiance de la population ne permettait pas un bon fonctionnement des activités de la riposte. Notons que contrairement à ce que nous avons lu dans la littérature, les leaders d'opinion et les membres de famille sont utilisés de manière circonstancielle comme relais communautaires. Les proches du patient étaient capables de cacher des cas suspects par crainte de voir leurs frères envoyés loin d'eux dans les centres de traitement d'Ebola (CTE) et leur famille stigmatisée par toute la communauté.

Les relais communautaires sont répartis sur des zones géographiques spécifiques, chacun d'entre eux doit avoir son domicile dans ladite zone et doit être connu des habitants de cette dernière, ceci dans le but de renforcer la confiance de la population. Ils sont priés de visiter quotidiennement tous les domiciles de leurs lieux d'affectation à une fréquence de deux fois par jour (matin et soir). Ils ont pour mission de rappeler la définition communautaire des cas d'Ebola, de se rendre compte de la bonne santé de tous les membres des familles visitées, d'identifier l'absence de certains membres des familles et d'en connaitre les raisons, enfin, de noter la présence des visiteurs et si possible de demander leurs lieux de provenance, l'objet de la visite et la durée de leur séjour. Si le lieu de provenance des visiteurs est un lieu répertorié sur la liste des lieux où sévit la MVE, des investigations poussées doivent obligatoirement être menées. Cependant, le contexte difficile de la dixième épidémie en RDC était marqué par l'insécurité causée par des multiples incursions des groupes rebelles et des conflits intercommunautaires. Cette situation a perturbé les activités de la SBC. De ce fait, les relais communautaires se retrouvaient dans l'incapacité de visiter les ménages deux fois par jour. Dès lors, le suivi pouvait se faire à distance par téléphone. Toutefois, il est important de relever que la zone de santé de Beni n'est pas électrifiée et tous les ménages ne disposent pas d'un téléphone. Cette situation ne permettait pas un bon suivi des ménages.

Keita et al. ont démontré, au cours d'une étude d'évaluation du système d'alerte et de réponse précoce (Early warning, alerte et response système : EWARS) dans la zone de santé de Beni au cours de la période allant du 5 aout 2018 au 30 juin 2020, que sur 194 768 alertes reçues, 30 728 ont été validées comme cas suspect soit 15,8 %. Parmi ces cas suspects, seulement 801 ont été confirmés et trois cas probables. Ce système a démontré son efficacité, car presque toutes les alertes notifiées (97 %) ont été examinées en plus ou moins deux heures, avec une sensibilité et une spécificité supérieure à 80 % , et ce, sur toute l'étendue de la zone de santé (32).

Pour atteindre ces buts, il faudrait :

- Remplir les différentes tâches de surveillance communautaire qui sont :

(1) L'usage des définitions communautaires des cas afin de reconnaitre les pathologies. Pour la maladie à virus Ebola, on utilise la définition communautaire des fièvres hémorragiques virales qui est « toute personne présentant une apparition de la fièvre et ne répondant pas aux causes habituelles de fièvre dans une zone à risque de transmission et présentant au moins l'un des signes suivants : diarrhées sanguinolentes, saignements des gencives, saignements de la peau, saignements oculaires et présence de sang dans les urines ou mort subite. Participer à la reconstitution des tous les évènements ayant précédé le décès d'une personne ».

(2) Notifier, en temps réel aux Centres de Santé de référence, toute situation sanitaire ou décès qui survient chez les animaux et les hommes vivant dans la communauté. Les acteurs des centres de santé de référence notifiés doivent organiser au plus vite des enquêtes de vérification conformément aux recommandations de l'OMS et du CDC à travers le SIMR.

(3) Que les différentes autorités locales s'engagent dans toutes les activités visant à décrire et à voir l'évolution des évènements sanitaires qui surviennent dans la communauté.

(4) Soutenir les professionnels de santé dans leurs tâches d'investigation et de suivi de contact lors des flambées épidémiques. Dans le cas de la dixième épidémie de la maladie à virus Ebola, des agents de terrain ont été attaqués par certains membres de la communauté hostile aux activités de la riposte. C'était le cas des habitants du quartier Majengo dans la ville de Goma dans la province du Nord-Kivu, qui attaquaient les acteurs de terrain qui faisaient des investigations ou les activités en rapport avec « l'enterrement digne et sécurisé » des personnes décédées dans la communauté. Ainsi, une escorte militaire était nécessaire et parfois même on dépêchait les éléments du commissariat de police le plus proche pour une intervention en cas d'attaque.

(5) Participer à cartographier les différentes menaces, aux différentes séances de formation organisées ainsi qu'aux activités visant à reproduire une situation sanitaire dangereuse, dans le but de se prémunir si la situation revenait dans le futur.

(6) Participer à toutes les activités de la réponse organisées.

(7) Utiliser les orientations provenant de la coordination de la SBC afin de décider des activités visant à éduquer la communauté et le niveau de participation de la communauté.

(8) Vérifier que les différentes activités et interventions de santé publique prédéfinies aient été réalisées, et ce, avec l'adhésion de la communauté.
(9) Rendre publics les résultats de l'évaluation d'un phénomène de santé publique au cours d'une séance d'information à laquelle est invitée la communauté (31).

a) LES ACTEURS DE LA SBC ET LEURS COMPETENCES

Par la définition même de la SBC, tout membre de la communauté est un acteur de la SBC. Cependant, les acteurs formels doivent être reconnus par la coordination de la SBC et participer aux différentes réunions organisées pour la bonne marche des activés. Sur la liste de ces acteurs, nous retrouvons les représentants des autorités administratives et sanitaires vivant dans la communauté, les représentants de la communauté ainsi que la communauté en général (31).

Les représentants de la communauté proviennent des différentes couches de celle-ci ainsi que des différents services de base de cette dernière : professionnels de santé d'une institution de santé communautaire, enseignants, autorités (scolaires, civiles, militaires, religieuses d'une communauté), pharmaciens, vétérinaires, tradipraticiens (guérisseurs) et relais communautaires. Ces différents acteurs font office de points focaux. Ils sont désignés par les autorités sanitaires locales ou se proposent volontairement, et doivent par la suite être formés et supervisés dans la reconnaissance de certains évènements tels que les maladies (31).

En considérant les facteurs qui contribuent à la survenue du paludisme dans la population générale et surtout chez les enfants, David Houeto et al. mettent l'accent sur l'importance de la participation de la communauté dans la lutte contre le paludisme au cours d'une étude menée au Benin. Cette communauté doit acquérir les compétences et connaissances qui lui permettraient d'apporter sa contribution dans la lutte contre le paludisme. Les parents sont de ce fait des acteurs de première ligne (33), (34).

Selon Geldezester et al., la connaissance des pathologies est primordiale pour améliorer la fréquentation des institutions de santé ainsi que l'utilisation des soins de santé. Ainsi, le niveau des soins au niveau des agents de santé communautaire doit être amélioré afin d'améliorer la prise en charge communautaire des cas, en référence aux plans d'actions mondiaux pour la lutte contre les maladies des enfants (35).

Allen et al. pensent qu'il faudrait au-delà de la reconnaissance clinique des cas, accorder des compétences paracliniques aux agents de santé communautaire (par exemple pour le dépistage parasitologique du paludisme pour tout cas suspect de paludisme avant tout traitement) (36).

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et le Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF) avec certains de leurs partenaires de développement ont conçu une stratégie visant à renforcer la collaboration entre les différents services de traitement des enfants et leurs domiciles. Cette stratégie appelée « gestion communautaire intégrée des cas » a pour objectif de fournir par l'entremise des agents communautaires non professionnels des soins intégrés pour deux ou plusieurs maladies chez un même nourrisson au sein de la communauté. Ainsi, les programmes à domicile ou communautaires de prise en charge de certaines pathologies qui entrainent un grand nombre de décès surtout chez les enfants ont été mis en place. Il s'agit d'une approche importante des soins de santé qui a pour but de briser les barrières géographiques qui empêchent les populations d'accéder aux structures sanitaires afin d'y recevoir le traitement adéquat (37), (38).

Il est aussi important de noter que certaines personnes faisant partie de la communauté sont des acteurs importants de la SBC, bien qu'elles ne fassent pas partie des points focaux retenus par les autorités sanitaires. C'est le cas du guérisseur traditionnel, qui est le premier recours de soins même si les membres de la communauté ont des connaissances sur les symptômes des pathologies. C'est aussi le cas des ainés dans la communauté (belle-mère, mère, grand-mère, etc.) qui sont les premières personnes auxquelles on se réfère pour la prise des décisions en ce qui concerne les soins de santé, même si le patient a été conduit en première intention dans une structure de soins de santé primaire. Ces personnes sont très influentes dans les communautés et reçoivent une grande confiance de la communauté. Parmi elles, on retrouve les chefs coutumiers, les leaders d'opinion, …. Il faudrait donc les intégrer dans la surveillance à base communautaire pour la bonne marche des activités et actions communautaires (39), (40).

- *LES RELAIS COMMUNAUTAIRES*

Les relais communautaires sont des membres de la communauté, vivant au sein de cette dernière, qui se proposent volontairement. Ils doivent être dynamiques, savoir lire et écrire et avoir la confiance de toute leur communauté. Ces derniers servent de ponts entre la communauté et l'institution de soins de santé primaire. En-dehors de leur collaboration avec les autorités sanitaires, ils ont leurs propres occupations (cultivateurs, enseignants, vendeurs, chasseurs, prédicateurs,…).

Les relais communautaires sont répartis sur des zones géographiques spécifiques, chacun d'entre eux doit avoir son domicile dans ladite zone et être connu des habitants de cette dernière, ceci dans le but de renforcer la confiance de la population. Les professionnels de ces lieux sont

priés de visiter quotidiennement tous les domiciles de leurs lieux d'affectation à une fréquence de deux fois par jour (matin et soir). Ils ont pour mission de rappeler la définition communautaire des cas d'Ebola, de se rendre compte de la bonne santé de tous les membres des familles visitées, de se rendre compte de l'absence de certains membres des familles et de connaitre les raisons de cette absence, enfin, de noter la présence des visiteurs et si possible de demander leurs lieux de provenance, l'objet de la visite et la durée de leur séjour. Si le lieu de provenance des visiteurs est répertorié sur la liste des lieux où sévit la MVE, des investigations poussées doivent obligatoirement être menées. Notons cependant que le contexte difficile de la dixième épidémie en RDC était marqué par l'insécurité causée par des multiples incursions des groupes rebelles et des conflits intercommunautaires. Cette situation a perturbé les activités de la SBC. De ce fait, les relais communautaires se retrouvaient dans l'incapacité de visiter en présentiel les ménages deux fois par jour. Dès lors, le suivi pouvait se faire à distance par téléphone. Il est important de relever que la zone de santé de Beni n'est pas électrifiée et tous les ménages ne disposent pas d'un téléphone. Cette situation ne permettait pas un bon suivi des ménages. Au cours de ces différentes visites, les membres du relais complètent une fiche renseignant tous les ménages visités et une fiche de notification des cas pour répertorier les cas suspects ou probables. S'ils le peuvent, ils listent tous les contacts des différents cas suspects, mais ils sont obligés de lancer une alerte à la centrale d'alerte afin qu'une équipe d'investigateur soit dépêchée en urgence. Après la visite du matin, les relais communautaires se réunissent autour des superviseurs de la SBC pour rendre compte des visites des ménages et au cours de cette réunion, une mise au point est faite et certains cas suspects peuvent être décelés. A leur tour, les superviseurs de la SBC notifient la Team leader de la surveillance : tous les cas sont présentés à une réunion qui se tient tous les après-midi à la sous-coordination de la lutte contre la MVE.

Ils jouent différents rôles (41):

- Identification des alertes dans la communauté, par la reconnaissance des signes correspondant à la définition communautaire des cas que présentent les membres de la communauté et la complétude des registres de notification des cas.
- Notification des alertes aux superviseurs. Ces superviseurs sont les infirmiers titulaires (IT) des centres de santé de référence. Les relais communautaires (RECO) doivent transmettre rapidement les différentes informations dont ils disposent et faire un rapport hebdomadaire de leurs activités, même si aucun cas n'a été détecté.

- Visites régulières des domiciles, églises, écoles, …communication permanente avec les membres de leur communauté, ce qui permet d'établir des liens avec des personnes sûres et influentes pouvant détenir des informations capitales (guérisseurs, autorités locales, les leaders religieux, les accoucheuses, …), en conseillant les familles à utiliser les différents services que prestent les soins de santé, en organisant des causeries éducatives et des visites des ménages et en sensibilisant les membres de la communauté. Les RECO doivent donner des informations adéquates afin d'éviter de créer un malentendu qui créerait la rumeur ou la réticence au sein de la communauté (2), (41), (42), (43).

Notons que devant toute alerte d'un cas identifié, le RECO doit notifier le cas à son superviseur, orienter la famille sur la conduite à tenir et aider la famille à dresser la liste des personnes ayant été en contact avec les cas alertes qui doit avoir été préalablement validés par le superviseur (43).

b) LA PARTICIPATION COMMUNAUTAIRE

Comme vu en cours d'approche communautaire des politiques et programmes de santé, la participation communautaire « est un processus par lequel les gens sont capables de devenir impliqués activement et véritablement dans la définition des problèmes qui les concernent, pour prendre directement des décisions à propos des facteurs qui affectent leur vie, pour formuler et mettre en œuvre des politiques dans la planification, le développement et la prestation des services et prendre des mesures pour parvenir à un changement ». Cela consiste à faire la santé avec les personnes concernées et non de le faire à leur place.

La participation fait appel à différents acteurs (professionnels, public cible, institutions et décideurs). Notons, cependant, que dans une action communautaire, c'est le plus haut niveau de participation recherché. Ce plus haut niveau de participation invite le public cible à devenir codécideur selon l'échelle de Sherry ARSNTEIN. Ainsi, la décision fait appel à la notion du pouvoir et *d'empowerment* qui permet à un individu ou à la communauté d'acquérir les moyens nécessaires de renforcer sa capacité d'action du point de vue individuel ou collectif. De cette façon, les personnes qui détiennent le pouvoir peuvent choisir ce qui est meilleur pour leur vie.

En santé communautaire, tout se fait pour la communauté et avec la communauté. Cette dernière est acteur de sa propre santé. Pour ce faire, elle doit se mobiliser. Cette mobilisation se résume à la faire participer et à la consulter. Ainsi, on pourra dire que la communauté prend part à tout ce qui concerne son maintien en bonne santé, de la planification à la réalisation des actions communautaires. Cette façon de faire permet d'utiliser utilement et efficacement et à coûts

réduits les ressources disponibles pour l'amélioration de la santé communautaire. La mobilisation communautaire se mesure par l'évaluation de par son influence, le niveau de son pouvoir de décision, son impact et les résultats obtenus par la surveillance à base communautaire (SBC) (30).

Si la communauté est motivée, elle sera vigilante et s'activera à détecter des évènements avant que ces derniers ne fassent de dégâts. Les autorités sanitaires locales devront manifester beaucoup de considération envers la communauté en la consultant et en coopérant ouvertement avec elle. Les autorités sanitaires devront aussi avoir un contact permanent avec les représentants de la communauté à tous les niveaux, dans tous les secteurs de la vie, mais surtout avec les personnes influentes de la communauté telles que les autorités locales (chefs du village, anciens), les chefs de famille, les autorités religieuses (prêtres, pasteurs…), les guérisseurs traditionnels, les musiciens, griots,…). Les autorités sanitaires pourront alors donner l'information à ces personnes influentes, qui ne sont pas des professionnels de santé. Ces derniers, ayant une audience facile auprès de la communauté, seront écoutés et les activités de surveillance pourront se dérouler sans problème (2), (27), (30).

La participation de la communauté est un élément essentiel pour faire face aux épidémies en général et en particulier celle de la MVE. Faire participer la communauté dans la riposte contre la MVE, c'est l'impliquer dans les activités en rapport avec cette dernière. En effet, l'individu est un acteur de sa propre santé et son implication dans les décisions qui concernent sa santé contribue à la prévention ainsi qu'au contrôle des épidémies. Il est important de relever que le bon déroulement des activités de la riposte implique la confiance de la communauté envers tous les acteurs (locaux, nationaux, et internationaux). Au cours de la dixième épidémie de la MVE en RDC, face au contexte difficile marqué par l'insécurité, s'est ajouté le manque de confiance de la population dû au fait que cette dernière vivant déjà dans une précarité extrême, ne s'est pas vu impliqué dans ces différentes activités de la riposte pourtant génératrices des revenus. Cette situation a entrainé une grande méfiance envers les « experts qui étaient considérés comme des profiteurs et une grogne sociale, car les ressources étaient inégalement redistribuées ». Les communautés ont vu des acteurs nationaux et internationaux rafler tous les postes de responsabilité et reléguant les acteurs locaux au second plan, en raison de leur manque d'expertise. La communauté a commencé à résister contre les activités de la réponse. D'une part, les individus et leurs familles se sont résolus à résister contre la réponse à la MVE en s'interposant à l'isolement des cas suspects membres de leurs familles, en refusant un prélèvement sur des personnes décédées dans la communauté, ou encore en refusant la

vaccination des contacts ; d'autre part, des attaques armées contre tout ce qui représente la réponse à la MVE (CTE, les camps dans lesquels logent les experts, …). Ainsi les activités qui nécessitent la proximité avec la population sont compromises. La recherche active des cas et les activités liées à « l'enterrement digne et sécurisé » (EDS) deviennent difficiles et même impossible (5), (15).

La participation communautaire a consisté à connaitre les sentiments, l'appréhension ainsi que les connaissances des différents membres de la communauté en ce qui concerne la MVE. Cependant, la communauté n'a pas été dotée du pouvoir de prendre des décisions en ce qui concerne sa propre santé ou l'organisation de la riposte contre la MVE. Cette riposte a connu des échecs en raison du manque d'implication, par le gouvernement et ses partenaires locaux et internationaux, des populations dans la prise des décisions. Il fallait pourtant que les acteurs nationaux et internationaux considérés comme experts collaborent en se mettant au même pied d'égalité que les acteurs locaux (15). Il a donc été capital de restaurer la confiance de la population en l'impliquant en première ligne dans les activités de la riposte. Cette situation n'est donc pas particulière pour la RDC, elle démontre le niveau de méfiance mondial face aux scientifiques et la science (5).

Dans leur recherche sur la promotion de la santé en Afrique, Houeto et Valentini démontrent que l'Afrique francophone peine à s'approprier les principes fondamentaux de la promotion de la santé. Dans cette étude, ils ont remarqué que la mise en œuvre des soins de santé primaires ne tient pas compte des besoins et attentes de la population comme c'était le cas lors des différentes réunions de réflexion avant son implémentation. Ainsi, la promotion de la santé s'est réduite à l'éducation, à l'information et la communication pour la santé.

Marais et al. Nous montrent, au cours d'une étude menée sur l'engagement communautaire dans le contrôle et la prévention de la MVE, qu'en Afrique en général et particulièrement en Afrique sub-saharienne, les principes fondamentaux de la promotion de la santé sont difficilement appliqués. Il est préférable de collaborer avec tous les membres d'une communauté touchée par une épidémie dès la découverte du premier cas, c'est-à-dire de la planification, en passant par la mise en œuvre des actions, à l'évaluation de la réponse en santé publique. Il est capital, lors du premier contact avec le public cible d'apprendre à le connaitre (s'intéresser à sa culture, ses coutumes, sa tradition, ses habitudes…), de se renseigner sur son organisation (par exemple, si le public cible se trouve dans un village, il faudrait contacter en priorité le chef du village et ses collaborateurs) et enfin identifier les personnes importantes et

influentes de la communauté. Par la suite, il est vraiment important de respecter la population et de tenir compte de son expérience afin de mettre ensemble les connaissances scientifiques et profanes pour le bon déroulement de la réponse. Par contre, dans la gestion courante des épidémies, les professionnels de santé et les décideurs se focalisent sur le respect strict des protocoles. Cette attitude marque un mauvais départ de la réponse en raison de l'exclusion de la population (44). Ceci justifie les difficultés rencontrées lors de la gestion de la MVE dans les zones de santé de la province du Nord-Kivu en RDC. Par exemple, en cas de décès communautaire (c'est-à-dire en-dehors de l'hôpital), selon la tradition, le constat de décès devait d'abord se faire par les ainés (chef de famille ou un autre membre influent et respecté de la communauté) avant de faire appel à un professionnel de santé. Le corps sans vie devait être préparé (lavé et habillé) et ensuite exposé afin que tous les membres de la communauté rendent leurs derniers hommages au défunt. Cette cérémonie réunit plusieurs personnes qui se font des accolades et pleurent dans les bras les unes des autres. Après l'enterrement, les effets personnels du défunt sont partagés entre ses frères et sœurs. Cependant, les professionnels de santé ont tenu à respecter le protocole de gestion de la MVE sans collaborer avec la population cible .. Ce comportement a créé des frustrations au sein de la population.

Enfin, Toledo et al. Soulignent, dans une étude menée sur la participation communautaire dans la gestion de l'épidémie de la dengue à Santiago à Cuba, que, dans une Bottom-up participation, il est primordial d'associer la communauté dans tout le processus de mise en œuvre, de la planification à l'exécution et enfin son évaluation. Malheureusement, ceci se fait rarement. Cependant, la Top-down participation était l'approche la plus utilisée. Elle se résume à instruire la population sur ce qu'elle doit faire, ce qui a rendu la lutte contre l'épidémie de l'Aedes Aegypti difficile. Lorsque les différents acteurs communautaires ont été entendus quant à leur perception de ce fléau, les professionnels de santé se sont alliés à la communauté pour y faire face. Ainsi, quelques interventions ont été mises en place dans le but de mobiliser la communauté (bonne communication entre les individus, entente avec la communauté pour la bonne gestion de l'environnement, hygiène de tous les récipients contenant de l'eau, encouragement de la population au changement de comportement, restauration de la confiance entre les prestataires des soins et la population, répertoriage de tout ce dont la communauté a besoin pour lutter contre l'épidémie de la dengue (45).

IV. RESULTATS

Nos résultats nous permettent de répondre à notre question de recherche qui est : « La surveillance à base communautaire a-t-elle permis de contenir la maladie à virus Ebola dans la zone de santé de Beni ? ».

L'analyse des résultats suivra l'ordre des questions du guide d'entretien utilisé. Nous avions, lors de la confection de notre guide, défini trois catégories qui sont : la connaissance des différents acteurs sur la MVE, leur expérience de la MVE ainsi que leur expérience de la SBC. Cependant, au fil de nos entretiens, s'est dégagée une quatrième catégorie qui regroupe les Obstacles de la réussite de la SBC.

Les caractéristiques des participants à notre étude sont les suivantes :

Tableau 1 : Membres de la communauté codés MC

Acteurs	MC1	MC2	MC3	MC4	MC5	MC6	MC7
Age (en année)	30	23	46	38	27	36	26
Sexe	F	M	F	M	F	F	M
État civil	Célibataire	Célibataire	Mariée	Marié	Célibataire	Mariée	Célibataire
Occupation	Chômeur	Hygiéniste	Surveillante	Enseignante	Commerçante	Commerçante	Chômeur
Niveau d'étude	Primaire	Primaire	Graduat	Licence	Secondaire	Secondaire	Secondaire
Guéris MVE	Non	Non	Non	Oui	Oui	Non	Oui
Contact MVE	Oui	Oui	Oui	Non	Non	Oui	Non
Type de contact	Direct	Indirect	Direct	Direct	Indirect	Direct	indirect
Durée de l'entretien (en minutes)	40	36	50	46	52	66	50

Nous avons interviewé sept membres de la communauté à raison d'un membre de la communauté par aire de santé. Parmi eux, trois sont des vainqueurs d'Ebola (guéris) soit 42.9 % et quatre sont des contacts, émanant d'un contact direct avec les membres de leur famille infectés. 2/7 soit 28.6 % ont un niveau d'étude universitaire, 4/7 soit 57.1 % ont un niveau d'étude secondaire et un membre de la communauté a un niveau d'étude primaire soit 14.3 %. La durée moyenne de l'interview est 41.4 minutes.

Tableau 2 : Infirmiers titulaires codés I

Acteurs	Age	Sexe	Etat civil	Profession	Niveau d'étude	Durée de l'entretien
I1	59 ans	M	Marié	Infirmier	A1	52 minutes
I2	48 ans	M	Marié	Infirmier	A1	55 minutes
I3	53 ans	M	Marié	Infirmier	A1	45 minutes
I4	36 ans	F	Marié	Infirmier	A1	52 minutes
I5	32 ans	M	Célibataire	Infirmier	A1	48 minutes
I6	31 ans	M	Célibataire	Infirmier	A1	46 minutes
I7	41 ans	M	Marié	Infirmier	A1	49 minutes

Nous avons interviewé sept infirmiers titulaires à raison d'un par aire de santé, 6 d'entre eux sont des hommes soit 85.7 %. L'entretien a durée en moyenne 49.6 minutes.

Tableau 3 : Relais communautaires codés R

Acteurs	Age	Sexe	Etat civil	Occupation	Niveau d'étude	Durée de l'entretien
R1	67 ans	M	Marié	Chômeur	Secondaire	36 minutes
R2	40 ans	M	Marié	Ingénieur	Graduat	43 minutes
R3	32 ans	F	Mariée	Ménagère	Secondaire	47 minutes
R4	23 ans	M	Célibataire	chômeur	Graduat	45 minutes
R5	42 ans	F	Mariée	Cultivatrice	Secondaire	52 minutes
R6	47 ans	M	Marié	Cultivateur	Secondaire	55 minutes
R7	56 ans	M	Marié	Cultivateur	Graduat	49 minutes

Nous avons interviewé sept relais communautaires, à raison d'un par aire de santé. L'âge moyen des membres est de 43.9 ans. Cinq d'entre eux sont des hommes soit 71.43 %. 5/7 relais communautaires ont une occupation soit 71.43 %, parmi eux se trouvent trois cultivateurs. 4/7 relais communautaires ont un niveau d'étude secondaire soit 57.14 % et les trois autres ont un niveau d'étude Bac+3. La durée moyenne de l'entretien est de 46.7 minutes.

4.2 Connaissance générale

1.1.1. La maladie à virus Ebola

Tous les participants à l'étude disent avoir déjà entendu parler de la MVE.

La majorité des membres de la communauté considèrent la MVE comme un danger.

« J'ai vraiment la phobie étant donné que cette pandémie a fait rage dans notre ville » MC4

Un participant considère la MVE comme une maladie dangereuse mais pourvoyeuse d'emploi.

« Une maladie qui est venu créer la panique à Beni et qui a donné beaucoup de boulot aux gens ». MC6

De même, tous les relais communautaires considèrent la MVE comme un danger.

« Ebola est une maladie dangereuse et qui tue. » R3

Les infirmiers titulaires à leur tour considèrent aussi la MVE comme un danger.

« Ebola est une maladie grave qui fait beaucoup de morts. » I5

1.1.2. Mode de transmission

Tous les participants à l'étude disent avoir des connaissances sur le mode de transmission de la MVE.

Tous les membres de la communauté disent que la MVE se transmet par le contact physique ou avec les objets personnels d'une personne positive à la MVE, mais aussi en consommant la viande de brousse.

« *Comme c'est une maladie contagieuse, on peut l'attraper par un contact physique avec un cas positif ou avec ses objets contaminés, ou encore par la consommation de la chaire infectée. »* MC4

De même, tous les relais communautaires pensent que la MVE se contracte par le contact physique ou avec les objets personnels d'une personne positive à la MVE. Mais aussi en consommant la viande de brousse.

« La MVE peut s'attraper par le contact avec une personne atteinte de la maladie ou en consommant des aliments et animaux décédés tels que le singe et la chauve-souris sans cause, ou toucher les biens matériels d'un confirmé de Ebola.» R1

A leur tour, tous les infirmiers titulaires disent que la MVE se contracte par le contact physique avec une personne atteinte de MVE ou avec ses effets personnels.

« La MVE peut s'attraper par le contact direct avec une personne atteinte de la MVE et par le contact indirect avec les objets d'une personne atteinte de la MVE. » I6

1.1.3. Les symptômes de la MVE

Tous les membres de la communauté disent connaitre les symptômes de la MVE.

« Les symptômes que je connais sont la fièvre, les maux de tête, la diarrhée et les vomissements. » MC3

« Les symptômes que je connais sont la fatigue, le manque d'appétit, la fièvre, l'écoulement de sang par différentes voies. » MC7

1.1.4. La distanciation sociale

Tous les membres de la communauté disent avoir des connaissances sur la distanciation sociale.

« C'est une mesure qui nous éloigne des microbes. » MC3

« Ça nous permet d'éviter de nous contaminer, car ça nous éloigne les uns des autres. » MC5

1.2. L'expérience de la MVE

1.2.1. Attitude devant un proche diagnostiqué positif

Tous les membres de la communauté disaient être tristes et avoir peur.

« On a été tristes, car ayant été en contact avec nos proches diagnostiqués positifs, on pensait que ce qui leur arrivait allait aussi nous arriver. » MC1

« J'avais peur de mourir, car beaucoup des cas confirmés mourraient. » MC7

1.2.2. Réaction des membres de la communauté devant un diagnostic positif de la MVE

Les infirmiers titulaires et les relais communautaires disent tous que les membres de leur communauté refusaient à priori le diagnostic de la MVE.

« Au début de l'épidémie, c'était difficile de faire comprendre qu'Ebola tue. Personne n'acceptait car ils pensaient que c'était un business. Cela s'est confirmé au sein de la communauté lorsqu'on a commencé à donner des vivres aux guéris. » R1

« Les gens disaient que c'était une affaire politique et qu'on injectait les virus aux personnes bien portantes. Ils doutaient de la positivité des résultats par peur d'être acheminés au centre de traitement d'Ebola (CTE). » R7

« La population avait des doutes et posait beaucoup des questions sur la véracité de la maladie. » I1

« La population a peur de la maladie et sa réaction n'est que le refus de l'existence de celle-ci. » I7

1.2.3. Expérience de la MVE

Tous les participants disent avoir vécu une expérience sombre de la MVE. Celle-ci a été marquée par la peur et la stigmatisation.

« C'est une très mauvaise expérience. Je suis très triste en y pensant, car j'ai perdu mes proches et nous avions été isolés par notre communauté. Tout le monde avait peur de nous et personne ne voulait nous approcher. » MC1

« Ma belle-sœur est décédée de cette maladie, je ne veux plus en entendre parler. C'est pour cette raison que je me suis engagé pour sensibiliser la population sur l'adoption des comportements et mesures qui préviennent la MVE. » R2

« Cette maladie mortelle nous terrorisait. Même nous professionnels de santé avions peur de nous approcher des patients positifs à la MVE bien que nous étions protégés. » I 3

1.2.4. Soutien

Tous les membres de la communauté disent avoir été soutenus par les professionnels de santé (infirmiers et médecins) et par leurs membres de famille. Cependant, les membres de la communauté se sont sentis rejetés par certains de leurs membres de famille ainsi que par leurs voisins.

« On a été délaissé et mis à l'écart. » MC1

« Cette maladie faisait peur et donc, les gens ne se visitaient pas pendant cette période. » MC3

1.2.5. Mesures de prévention de la MVE

Tous les participants disent être au courant des mesures mises en place par les autorités sanitaires pour prévenir la MVE.

« Le respect des gestes barrières pour se protéger. » MC3

« Se laver les mains au savon avant et après chaque acte. » MC5

1.2.6. Isolement

Tous les relais communautaires et les infirmiers titulaires disent que la majorité des membres de la communauté n'acceptaient pas facilement d'être isolés, même ceux qui étaient diagnostiqués positifs à la MVE. Ils craignaient de ne plus revenir chez eux.

« La population pensait que les résultats étaient manipulés par les professionnels de santé et que ces derniers recevaient une prime pour chaque résultat positif. Elle pensait que c'était un montage. » I7

« Ils pensaient qu'ils allaient mourir dans le lieu d'isolement, ainsi une concertation se faisait avec la famille pour les convaincre. Au pire des cas, on impliquait les autorités locales pour les contraindre par la force … en faisant appel à la police par exemple surtout pour les cas positifs. » I6

« Les gens pensaient qu'ils allaient être tués pendant leur isolement. Les équipements de protection individuelle que portaient les prestataires de la riposte. Certaines personnes prenaient la fuite, mais on faisait appel aux chefs de quartiers pour les retrouver. » R4

« On sensibilisait les proches pour convaincre les personnes réticentes. Au cas où la réticence persistait, on les isolait dans leur domicile. On programmait des horaires de suivi tout en indiquant à la famille le danger qu'ils couraient tous. » R5

1.3. Expérience de la SBC

1.3.1. Connaissance de la SBC

Tous les participants disent connaitre la SBC. Selon eux, c'est une visite régulière des ménages par les relais communautaires qui permet de détecter des évènements inhabituels tels que les maladies.

« C'est le suivi des malades dans les quartiers pour vérifier les signes qui caractérisent Ebola. Si une personne présente ces signes on l'achemine à l'hôpital avec une ambulance. C'est donc une surveillance maison par maison. » MC5

« La SBC a été mise en place pour surveiller tout nouveau cas et orienter les suspects à l'hôpital. La SBC a impliqué la population pour contenir l'épidémie. » MC6

*« C'est la visite des ménages par les relais communautaires afin d'avoir un aperçu général sur la santé de la communauté : les maladies, les évènements et les mesures de prévention. » I*2

« La SBC consiste au dénombrement des cas de maladie, la remontée des alertes et la transmission des rapports quotidiens auprès des infirmiers titulaires. Ceci permet d'avoir la situation sanitaire du milieu. » I3

« C'est la surveillance quotidienne des ménages pour la détection des malades. Je me rappelle que lors de l'épidémie nous allions même espionner les lieux des deuils afin de transmettre toutes les informations en temps réel au centre de santé de référence. » R1

« C'est le fait de surveiller les ménages pour voir s'il y a des personnes malades et prévenir les mamans lorsqu'il y a des vaccins disponibles. » R3

1.3.2. Participation communautaire

La majorité des membres de la communauté soit 6/7 disent avoir contribué au bon déroulement des activités de la SBC. En revanche, un membre de la communauté dit n'avoir pas contribué.

« Moi particulièrement, je faisais une sensibilisation intense sur le lavage des mains, le nettoyage des fruits avant de les consommer. » MC4

« Moi, j'ai travaillé dans la riposte contre la MVE comme ambulancier moto après ma guérison. Les professionnels de santé nous avaient dit que comme nous étions des guéris, nous avions peu de chance de contracter de nouveau la maladie. Malgré cela, on se protégeait en portant des imperméables et un casque. » MC5

Un membre de la communauté dit ne pas avoir contribué au bon déroulement des activités de la SBC, car la MVE lui a pris tout ce qu'il avait de plus cher.

« Moi, je n'ai ressenti que de la tristesse et je ne voulais pas participer, car j'ai beaucoup perdu … j'ai perdu tous les membres de ma famille. » MC1

1.3.3. Satisfaction de la communauté

Les infirmiers titulaires et les relais communautaires disent tous que leur communauté était en majorité satisfaite d'activité de la surveillance à base communautaire, une minorité de cette même population était non satisfaite surtout au début de l'épidémie.

« D'une part oui, pour ceux qui ont été convaincus par l'existence de la maladie. D'autre part non, il y a ceux qui pensaient que la MVE constituait un moyen pour les personnes qui travaillaient dans la riposte de se faire de l'argent. » I1

« Non car certains acteurs de la riposte contre la MVE étaient des étrangers et les acteurs locaux étaient écartés. » I4

« Oui car la SBC a permis de couper la chaine de transmission. Le nombre de cas a diminué jusqu'à se négativer. Ainsi donc, la population s'est approprié les mesures barrières. » I7

« Oui, 70 % de la population est satisfaite jusqu'à ce jour. Certains ne sont pas satisfaits, car récemment nous avions fait une sensibilisation et dénombrer les personnes pour le vaccin contre Ebola, mais plusieurs personnes n'ont pas adhéré. » R1

« Oui, elle est satisfaite, car lorsqu'il y avait des réticences, la population se plaignait du fait que ceux qui venaient lever les réticences étaient des étrangers, car ils ne parlaient pas la langue locale. Cependant, avec la SBC, les personnes du milieu ont été recrutés et formés. » R7

1.3.4. Rôles des autorités locales

Tous les participants disent que les autorités locales (administratives, religieuses et sanitaires) doivent, en tant que leaders communautaires, sensibiliser la population dans la mesure de leurs compétences. Ils martèlent surtout sur le fait que les autorités sanitaires doivent rester compatissantes envers la population meurtrie par la maladie et éviter d'avoir une attitude discriminatoire.

« Ils doivent servir d'exemples, car on voyait des médecins entrer à l'hôpital sans se laver les mains. » MC3
« Ce qui prime est de faire comprendre à la communauté que la maladie existe et qu'elle est mortelle. Une fois convaincue, la population sensibilisée se rendra auprès des centres appropriés pour se faire soigner et non l'automédication. » MC4
« Ils doivent assurer la sécurité des agents communautaires, sensibiliser la population lorsqu'elle se rend dans l'église, et les médecins eux doivent accueillir tous les malades sans discrimination. » MC7
*« Cette couche de la population doit renforcer ou appuyer la sensibilisation dans le but de donner un bon résultat et épauler les professionnels de santé. » I*3
« Ces différentes autorités doivent jouer le rôle de prestataires en travaillant aussi comme membres de la SBC. » I6
« La population a confiance aux religieux, ils doivent procéder à la sensibilisation sur le danger de la MVE, les médicaux doivent aussi sensibiliser la population et disponibiliser des médicaments pour la prise en charge des malades. » R1
« Les autorités administratives doivent baliser le terrain en sensibilisant la population, les autorités médicales doivent éviter l'injustice dans le tri des patients que nous orientons dans les structures. » R3

« Ils doivent nous encourager. Les chefs de quartiers doivent nous accompagner et non attendre toujours de nous les rapports sur nos activités journalières. Les chefs religieux étant meneurs d'hommes doivent être en contact avec nous. » R5

1.3.5. Rapport avec les tradipraticiens

La moitié de tous les participants disent ne pas avoir de contacts avec les tradipraticiens, car selon eux, ce sont des charlatans et des vendeurs des rêves. Ils pensent que si l'épidémie a pris une tournure dangereuse et fait beaucoup des morts, c'est parce que les tradipraticiens ont mal orienté les patients qu'ils recevaient chez eux.

« Les tradipraticiens ralentissaient la contention de l'épidémie de la MVE, car ils promettaient de guérir les malades avec des plantes, ce qui a encore endeuillé notre communauté. » MC4
« Moi, je n'ai pas de bons rapports avec eux, car ils nous ont désorientés, car ils prétendaient que les patients atteints de la MVE étaient empoisonnés et les soignaient comme des personnes empoisonnées. » MC5
« C'est chez eux que les membres de la communauté allaient quand ils étaient diagnostiqués positifs à la MVE, ils ont occasionné beaucoup de contaminations et des décès, car ils orientaient les suspects en retard vers les formations sanitaires. Pour moi, nous devons d'abord nous rendre à l'hôpital. Et donc, je n'ai pas de bons rapports avec les tradipraticiens. » R1
*« Nous les visitons aussi, mais ils perturbent souvent la population, car ils prétendent détenir un traitement naturel contre la MVE. Moi, je conseille aux membres de la communauté de commencer directement à l'hôpital. » R*3
*« Nous n'avons aucun rapport, mais dans le cadre de la surveillance à base communautaire, nous les visitons aussi régulièrement comme les autres habitants de notre aire de santé. » I*6
« Les tradipraticiens constituent un danger pour la communauté, car ils n'orientent pas bien les patients et désorientent la population. » I3

Les autres participants disent avoir des contacts avec les tradipraticiens, car ils constituent leur premier recours des soins, depuis l'époque de leurs ancêtres. De ce fait, certains infirmiers titulaires soulignent la nécessité d'avoir de bons rapports avec les tradipraticiens, premiers recours en termes de soins des populations. Il faudrait donc travailler en collaboration avec eux pour détecter les cas de la MVE et les prendre en charge précocement.
« Il est souhaitable pendant l'explosion de la MVE d'intégrer tous les tradipraticiens dans certaines commissions de la lutte contre la MVE, afin d'éviter la mauvaise orientation des cas dont ils font l'objet. Ils ont l'habitude de garder chez eux les vrai cas. » I7
« Moi, j'ai de bons rapports avec les tradipraticiens. Ils sont importants, nous sommes des Africains, nos grands-parents nous ont appris à les consulter, mais aussi à nous soigner avec les plantes. » MC7

1.3.6. Relations avec les proches

Tous les membres de la communauté disent que la MVE a modifié leurs relations avec leurs proches. Pour certains, ils sont stigmatisés jusqu'à ce jour en raison du diagnostic positif à la MVE.

« Certaines familles ont été dissoutes, car leurs membres savaient que les agents qui travaillent à la riposte gagnent beaucoup d'argent pour sacrifier leurs frères. » MC1
« Mes amis ne pouvaient plus s'approcher de moi par crainte d'être contaminés étant donné que la maladie était mortelle. On pouvait même déménager de la parcelle si un cas positif s'y déclarait. » MC4
« Les gens n'avaient pas cru que j'étais réellement guéri et j'ai même perdu mon emploi dans un Guest house, car les clients n'étaient pas d'accord pour mon retour. » MC5
« Mes proches pensent que, jusqu'à ce jour, je suis toujours contaminé et ne croient toujours pas en mes paroles, car ils considèrent qu'Ebola rend fou. » MC7

1.3.7. Recommandations et propositions d'amélioration

Tous les participants disent qu'il faut améliorer les conditions de travail des prestataires, être juste dans la rémunération des différents acteurs, prendre en charge correctement les patients et privilégier la main d'œuvre locale et surtout assurer une communication permanente avec la communauté.
Pour les membres de la communauté, la vaccination, la communication et la motivation des prestataires sont des points à améliorer pour le bon déroulement des activités de la SBC.

« Vacciner tout le monde afin d'éradiquer la MVE lorsqu'un vaccin efficace sera disponible. » MC1
*« Il faut assurer une bonne communication avec la population ».*MC3
« Encourager ceux qui se donnent pour travailler dans la riposte contre la MVE. » MC5
« Payer correctement et régulièrement les agents de la SBC en particulier afin qu'ils soient motivés. » MC7

Les relais communautaires eux pensent qu'il faut une justice dans le payement de la prime de tous les prestataires, mais aussi qu'il faut éviter d'intégrer dans les équipes de la SBC des personnes qui ne sont pas du milieu.

« *Il faut être juste dans la façon de traiter tous les acteurs de la SBC. Je suis étonné de voir que les chefs de quartiers touchaient plus d'argent que nous les relais communautaires qui étions sur terrain.* » R4
« *Il faut utiliser les personnes du milieu comme agents de la SBC, plutôt que d'utiliser des personnes qui proviennent d'ailleurs afin d'éviter les réticences*. » R6

Les infirmiers titulaires pensent que toutes les couches d'une communauté doivent travailler ensemble.

« *Il faut associer tout le monde dans les activités de la riposte : les leaders locaux, religieux, les jeunes ainsi que les tradipraticiens.* » I1

1.4. Les obstacles

1.4.1. A l'adhésion de la population

Les infirmiers titulaires et les relais communautaires évoquent des obstacles au bon déroulement des activités de la SBC.
Selon les relais communautaires, le manque de confiance, de communication ainsi que les rumeurs sont à la base de cette difficulté d'adhésion.

« *Il y avait une rumeur selon laquelle nous percevions de l'argent pour sacrifier nos proches qui étaient conduits dans les centres d'isolements*. » *R*1
« *Certains criminels ne voulaient pas que l'on s'approche de leur domicile, de peur d'être démasqués.* » *R*3
« *Nous avions, par moments, été utilisés pour faire un recensement en vue de faire un don aux ménages. Malheureusement, ce don n'est jamais arrivé. La population a perdu confiance en nous et ça été compliqué pour nous au début de l'épidémie de nous faire accepter*. » *R*5

Pour les infirmiers titulaires, l'ignorance de la communauté, le manque de confiance, le manque de communication, le non-respect des coutumes de la population, les rumeurs et l'utilisation d'une main d'œuvre étrangère (experts nationaux et internationaux) sont autant de choses à la base du manque d'adhésion de la communauté dans les activités de la SBC.

*« Le manque d'informations et le désintéressement de certains membres de la communauté qui pensent que les problèmes de santé ne concernent que les professionnels de santé. » I*1
« La communauté pensait que les acteurs de la SBC travaillaient en complicité avec les agents de la riposte pour les sacrifier. » I3
« La communauté était choquée par la présence des étrangers. Comme agents de la riposte. Ils auraient pourtant voulu que l'on recrute des acteurs locaux et que les langues locales soient parlées sur le terrain. Elle aurait voulu être informée de l'évolution des activités de la riposte de la riposte ». I4
« La population craignait qu'une fois qu'un de ses membres est diagnostiqué positif, qu'il soit conduit dans un centre de traitement pour ne plus revenir. » I5
*« L'ignorance et le manque de compréhension de la communauté sur la gravité de l'épidémie de la MVE étaient des obstacles de la bonne marche des activités de la SBC. » I*7

1.4.2. Aux activités de la SBC

La majorité des participants évoquent des obstacles au bon déroulement des activités de la SBC. Pour les membres de la communauté, l'insécurité, les conflits existant dans la communauté, les groupes de pression locaux ainsi que le recrutement des agents étrangers sont des obstacles au bon déroulement des activités de la riposte.

« Des confusions entre Ebola et autres maladies, mais aussi les conflits entre les membres de la communauté qui peuvent faire recours aux agents de la riposte en leur donnant une mauvaise information sur un ménage avec lequel ils sont en conflit dans le but de se venger. » MC4
« L'insécurité, le mauvais choix des agents communautaires, le non-paiement des primes aux différentes personnes qui travaillent dans la réponse à l'épidémie de la MVE et la mauvaise sensibilisation constituent des obstacles au bon déroulement des activités de la SBC. » MC6

Les infirmiers titulaires s'accordent en majorité (6/7) sur l'existence d'obstacles au bon déroulement des activités de la SBC. Ces obstacles sont le déni de la maladie, le manque de confiance envers les prestataires, le manque de reconnaissance du gouvernement et le payement tardif des primes des prestataires constituent des obstacles au bon déroulement des activités de la SBC. un parmi eux dit n'avoir pas rencontré d'obstacles.

*« La réaction des personnes qui ont perdu des membres de famille sans être convaincues de l'existence de la MVE. » I*1
*« Nous avons eu à faire face aux groupes de pression et à certains jeunes mal intentionnés du milieu. » I*2
« Je crois que le travail est pénible et que le gouvernement devait le reconnaitre. Le relais communautaire est bénévole, et il y a risque qu'il se fatigue et se retire de l'équipe de la SBC. » I3

Pour les relais communautaires, la mauvaise collaboration qu'ils ont avec les chefs des rues et des cellules, la présence de certains groupes de pression mal intentionnés et la prime insignifiante reçue constituent des obstacles au bon déroulement des activités de la SBC.

« On craint qu'un jour on ne puisse plus continuer car démotivés … la prime qu'on reçoit est vraiment dérisoire. » R1
« Nous avons peur des groupes de pression de la place (lucha et véranda), car ils disent que nous sommes financés pour conduire nos compatriotes à la mort. » R3
« Les chefs des rues et des cellules nous mettent les bâtons dans les roues. Ils pensent au-dessus de nous, ils veulent toujours avoir les rapports de toutes nos sorties. Cela crée une sorte de conflit entre nous. » R5

V. DISCUSSION

Revenons à la question de recherche de départ : « La surveillance à base communautaire a-t-elle permis de contenir la maladie à virus Ebola ? » débouchant aussi sur la question suivante : « Qu'est-ce que la surveillance à base communautaire signifie pour les différents acteurs ? ».

Dans cette partie, nous aborderons, dans un premier temps, les limites de ce travail et les pistes d'amélioration ainsi que les forces de ce travail. Dans un deuxième temps, nous interpréterons la synthèse des résultats en nous mettant à la place des différents participants afin de découvrir tous les non-dits. Nous terminerons par les recommandations.

1.1 Limites et pistes d'amélioration

Premièrement, nous avons basé notre recherche sur une étude qualitative. De ce fait, les résultats de l'étude ne sont pas généralisables. Toutefois, notre but est d'avoir une idée sur la connaissance et l'expérience de la MVE, ainsi que l'expérience de la SBC des différents acteurs interviewés. Notre but a été atteint en partie du fait de la traduction des guides d'entretien, du français au swahili, l'adaptation de certains mots pour ne pas frustrer les interviewés et enfin la traduction de l'interview du swahili au français.

Deuxièmement, l'inaccessibilité de certaines aires de santé suite à l'insécurité causée par la présence des milices armées opérant dans la région et l'incursion des groupes rebelles a limité notre échantillonnage. Pour éviter ce biais, il aurait fallu avoir plus de temps afin de mener des interviews pendant les périodes d'accalmie. Pour cela, il nous aurait fallu des moyens financiers. Nous devrions par exemple fournir aux enquêteurs des téléphones portables et un forfait Internet ou encore du crédit pour passer les appels. Malheureusement, cet effort serait vain en raison de l'absence de fourniture en électricité.

Troisièmement, les résultats se basent sur les dires des participants et donc présentent une certaine subjectivité. Malgré les relances, ils se sont limités à dire ce qui était acceptable socialement. Nous avons constaté, par exemple, que les infirmiers titulaires et les relais communautaires avaient peur de dire certaines choses, potentiellement par peur de perdre leur place si les résultats de l'enquête venaient à être publiés. Cette réalité est désignée par « le biais de désirabilité sociale ». Ce biais a peut-être impacté les résultats obtenus, mais il ne peut être contrôlé. Par conséquent, nous devons croire en la sincérité des participants.

Enfin, notre subjectivité a quand même influencé ce travail qui se veut le plus objectif possible. Pendant les différents entretiens, nous avons plusieurs fois reformulé les dires des participants. Pour rester objectifs, nous aurions pu analyser les résultats avec les différents participants et certains chercheurs. Malheureusement, le temps insuffisant et le manque des moyens ne nous ont pas permis de le faire.

1.2 Forces

La grande force de cette étude est son déroulement dans une zone insécure. Elle constitue l'une des rares études menées dans ce contexte. De plus, après validation de nos guides d'entretien, nous avons reçu une approbation du comité d'éthique pour mener notre recherche.

1.3 Interprétation des résultats

Dans cette partie, nous comparerons les résultats obtenus avec ceux qui existent déjà sur la Maladie à Virus Ebola (MVE) par les professionnels de santé, des relais communautaires ainsi que des membres de la communauté, sur leur expérience, leurs perceptions ainsi que les obstacles rencontrés sur le déroulement de la surveillance à base communautaire.

1.3.1. Connaissance Générales sur la Maladie à Virus Ebola

D'après les résultats obtenus, tous les participants semblent avoir des connaissances générales sur la MVE. Les participants à l'étude disent avoir des connaissances sur la MVE. Cependant, chacun la comprend et se la représente à sa façon. Néanmoins, chez la plupart, elle reste une maladie dangereuse qui a endeuillé la communauté et créé la peur et la stigmatisation. Pourtant, en Afrique, les membres d'une communauté ont un fort lien de solidarité, dépendent les uns des autres et comptent les uns sur les autres. La peur de contracter la MVE a brisé ce lien de solidarité avec comme conséquence des répercussions sur les plans psychologique et social (Un membre de famille malade doit être gardé par un autre membre de la famille, …).

Notons que cette façon de comprendre la MVE, maladie pourtant grave impliquant des acteurs qui doivent parler le même langage, lequel adapté au niveau d'instruction et de compétences, est à décrier. Les relais communautaires reçoivent auprès des professionnels de santé de leurs aires de santé respectives une formation très brève sur la reconnaissance des symptômes de la MVE, sur les alertes, la complétude des fiches de suivi des contacts. Cette formation certes insuffisante permet quand même aux relais communautaires de répondre à leurs obligations. Or, la gravité de la maladie nécessite une formation continue des acteurs afin de les mettre à niveau. Sur le terrain, la situation est tout autre, ce qui met à nu la fragilité du système de santé,

mais surtout la non-implémentation de la promotion de la santé. Nous comprenons que la promotion de la santé est juste « un slogan » et qu'elle se résume à quelques actions sporadiques d'éducation sanitaire telles que le mode de transmission de la MVE, la promotion du lavage des mains, la non-consommation de la viande de brousse, …. Par ailleurs, la protection des relais communautaires semble omise. Pourtant, leurs membres ont pour missions la sensibilisation et la détection des cas au sein de la communauté par leurs visites journalières. Ils entrent dans les différents ménages sans équipement de protection et, de cette façon, peuvent se contaminer et contaminer les autres ménages.

Les membres de la communauté sont informés et sensibilisés par les relais communautaires. Ces derniers ne peuvent transmettre que ce qu'ils connaissent. La communauté peut aussi s'informer, se former et connaitre la maladie à travers les différents réseaux sociaux qui existent, à savoir la télévision et la radio. Cependant, le faible niveau d'instruction de la population, le manque d'électricité permanent, le faible revenu qui ne leur permet pas de se procurer des téléphones androïdes ou même des forfaits Internet pour accéder aux différents réseaux sociaux disponibles et autres sources d'informations ne leur permettent pas de s'autoformer ni de s'informer. Ainsi, les personnes se contentent presque souvent des informations reçues des relais communautaires. Toutefois, les professionnels de santé sont aussi formés de manière sporadique, en raison des coûts requis pour organiser les formations et leur bonne organisation (logistique, collation des participants…). Par manque de moyens, les formations sont irrégulières et, comme il existe des frais de transport alloués aux participants , ce sont souvent les mêmes personnes qui les suivent, participants qui ne prennent pas le soin de faire la restitution auprès de leurs collègues.

Au cours de leur étude réalisée au Benin, Attinsounon et al. avancent un temps de formation insuffisant limité à une demi-journée pour les relais communautaires. Ils ajoutent que cette formation leur apportait des connaissances, pourtant limitées mais très utiles, pour la réalisation de leurs tâches. Cependant, ce niveau de connaissance acceptable s'avère être suffisant pour sensibiliser et éduquer leurs communautés sur la prévention des épidémies. Toutefois, il est capital de renforcer leurs capacités en organisant des séances de formations régulières et en les supervisant sur terrain (46).

1.3.2. Expérience de la MVE

Tous les participants avaient déjà fait l'expérience de la MVE. Ils la décrivent comme étant très sombre pour eux. La MVE est l'une des maladies capables de désolidariser les membres d'une même communauté voire les membres d'une même famille. Cette situation est inacceptable dans les communautés africaines. Les relais communautaires, pourtant membres des communautés, ont été définis de « traitres et complices des méchants venus faire des sacrifices au sein des communautés ». Les professionnels de santé ont été considérés comme les organisateurs de l'extermination de la population.

La communauté se pose des questions sur la mobilisation des politiciens, du gouvernement et de la communauté internationale sur la MVE, une épidémie pourtant souvent passagère bien que faisant beaucoup de victimes. La population de la province du Nord-Kivu en général et de Beni en particulier est meurtrie par des multiples conflits armés, des incursions des différents mouvements rebelles opérant dans la région et par la guerre que les voisins de la RDC lui imposent, mais aussi par le paludisme qui fait beaucoup de décès, le décès maternel, la malnutrition, la pauvreté, etc. Cette population constate un engouement autour de la MVE, sa médiatisation et une mobilisation de fonds qui en découle. Pourtant, il existe certains endroits dans le monde ou personne ne connaissent l'existence de la guerre dans cette partie de la RDC. Cette situation éveille la population qui crie au complot et considère qu'Ebola est juste un prétexte pour justifier la présence des étrangers et des organismes internationaux venus spolier leurs ressources minières et les exterminer afin de posséder leurs territoires.

Selon les membres de la communauté, les relais communautaires sont payés selon le nombre de cas positifs ramenés. Ainsi, en complicité avec les infirmiers et les laborantins, ils injectent le virus à toute personne suspecte afin qu'elle soit diagnostiquée positive à la MVE. Les participants à une évaluation qualitative menée par le ministère de la Santé du Liberia et l'OMS, ont refusé d'entendre parler « d'incitation financière » pour la détection des cas. Selon eux, il y avait une sous-notification des cas de la MVE. Cette « incitation financière » consistait à remettre 5 dollars américains pour chaque cas de MVE détecté. Cela faisait suite à la résistance communautaire qui entravait déjà le bon déroulement des activités. La réflexion des participants portait sur le fait que, si on donnait de l'argent pour chaque cas suspect détecté, les acteurs affectés à cette activité puissent détecter plus de cas suspects pour se faire de l'argent. Or, cela pourrait entrainer la stigmatisation de tous les suspects au sein de leurs communautés, mais aussi au niveau des centres de santé (47).

Après avoir été diagnostiqué positif, le patient est conduit dans le centre de traitement (CTE), d'où il ne revient pas. Le CTE est donc considéré comme un lieu de sacrifice et de trafic

d'organes. En outre, les corps des patients décédés ne sont pas rendus à leurs familles et donc la preuve de décès n'existe pas. Les coutumes autour des rites funéraires sont incontournables, car elles permettent la purification et le repos de l'âme de la personne décédée, et même la paix de la maison du défunt. Lors du décès, le constat doit aussi être effectué par les ainés qui, par la suite, préparent le corps en lui donnant un bain funéraire et en l'exposant au recueillement de toute la communauté. Pendant le recueillement, le corps peut être touché et les personnes présentes consolent la famille éprouvée par des accolades, des embrassades et autres gestes de compassion. La MVE a transgressé les coutumes au grand regret de la communauté. Enterrer son père et sa mère est un devoir sacré pour un enfant, mais l'enterrement « digne et sécurisé » propose un protocole qui empêche non seulement d'offrir, aux parents, le plus beau cercueil, la plus belle sépulture, mais aussi les meilleures obsèques. Au cours de la dixième épidémie de la MVE, lorsqu'une famille résistait devant l'équipe « d'enterrement digne et sécurisé », cette dernière faisait appel à la police ou à l'armée pour contraindre la famille ainsi que toute la communauté à laisser partir le corps. Dans leur étude menée à Freetown, Wilkinson et al. démontrent à quel point il est important de considérer les dimensions socioculturelles afin de mettre en place une réponse efficace aux épidémies. En 2015, une réunion au sein de la communauté a été convoquée suite à la découverte d'un « enterrement secret ». Ainsi était considéré comme « enterrement secret », tout enterrement non signalé aux équipes d'enterrement digne et sécurisées ou encore tout cadavre qui n'est pas enterré selon la politique « d'inhumation digne et sûre ». Ce terme faisait transparaitre des pratiques obscures ou rituels sataniques dans le chef de la population issue des « sociétés sécrètes ». Pour contraindre la population à se conformer à la politique « d'enterrement digne et sécurisé », il a été décidé, au cours d'une réunion à laquelle prenaient part les chefs des quartiers, les religieux, « les vainqueurs » d'Ebola et quelques membres de la communauté, d'interdire, via un arrêté, à quiconque d'enterrer seul ses morts sous peine d'amende. De ce fait, la communauté étant impliquée, la décision porte sur la « solidarité sociale, la coopération et le soutien mutuel ». Cependant, ces mesures qui empêchent les personnes de respecter leurs coutumes sont prises sans compassion. (48). L'étude menée par Kunii et al. au Gabon démontre l'importance de considérer les facteurs culturels lors de la réponse à la MVE. Il ne suffit pas seulement de mettre en place des protocoles de détection et de prise en charge des cas pour contenir la MVE, mais il faudrait en plus offrir une éducation sanitaire à la population concernée afin de lui apporter les connaissances nécessaires qui lui permettront de comprendre à quel point les rites traditionnels sont un facteur de risque majeur à la propagation de la MVE (49).

1.3.3. Expérience de la surveillance à base communautaire

Le bon déroulement de la SBC nécessite la participation de tous les acteurs : les autorités sanitaires, les professionnels de santé, les relais communautaires et la population. Pourtant, le constat avance que les activités de la SBC étaient intermittentes pour deux raisons. Premièrement, l'insécurité causée par les conflits armés et l'incursion des groupes rebelles obligeaient les acteurs de s'arrêter ou même de se déplacer vers les milieux sécures afin de se protéger. Deuxièmement, le financement des activités ne suit pas. Lorsque le financement est disponible, les activités débutent et, pendant cette période, on note des bons résultats. Néanmoins, dès que l'argent n'est plus disponible, tout s'arrête. Pourtant, les experts nationaux et internationaux continuaient de percevoir des grosses primes.

Lors de la dixième épidémie de la MVE, la population a été appelée à collaborer étroitement avec les autorités sanitaires dans la détection des cas suspects et des contacts. Cependant, ces suspects et ces contacts font partie de la communauté. De ce fait, pour leurs proches, les détecter était vu comme une forme de trahison. Il faut reconnaitre que la MVE reste une maladie qui induit la stigmatisation au niveau des structures sanitaires et même au niveau de la communauté. Par conséquent, pour éviter le rejet des membres de la famille, la population préférait cacher ses malades. En outre, les guéris encore appelés « vainqueurs d'Ebola » ont été utilisés comme ambulanciers. Ils transportaient à bord des moto les cas positifs pour les amener dans les CTE (centre de traitement Ebola). Ces guéris avaient comme protections un casque et un imperméable. Ces « vainqueurs » d'Ebola restent très contagieux, d'où la nécessité d'une éducation à la santé en général, mais aussi une éducation sexuelle. En effet, une communication sur la présence du virus dans le sperme plus d'un an après la guérison doit leur être apportée. Cependant, les valeurs traditionnelles empêchent d'évoquer en public certains termes tels que la mort, la sexualité, …par peur d'entrainer des frustration au sein de la communauté. De ce fait, la sexualité reste un sujet tabou, et pire encore l'usage du préservatif est difficilement abordé au sein d'un couple. De plus, les femmes qui sont en majorité peu ou non instruites ne savent même pas que le virus de la MVE peut rester plus ou moins deux ans dans le sperme de leurs époux. En outre, ces femmes doivent obéissance et respect à leurs époux et, de ce fait, ne peuvent en aucun cas leur exiger le port du préservatif sous peine d'être rejetées.

Sur le plan linguistique, une étude menée à Beni par Translator Without Broder (TWB) a mis en évidence l'existence d'une barrière du fait de l'usage des termes techniques ou des termes qui ne sont pas socialement et culturellement acceptables. Cette réalité entrave le bon déroulement des activités liés à la communication. Dans ce cas, il est difficile de rencontrer les

préoccupations de la population locale. Pour pallier cela, les communicateurs essayent d'adapter certains mots, adaptation qui entraine la perte du sens des mots et une incohérence (27).

Par ailleurs, plusieurs personnes atteintes de la MVE ou celles qui ont perdu leurs parents se sont vu rejetées par leur propre communauté, mais aussi par les professionnels de santé alors qu'elles avaient besoin de réconfort et de soutien social et psychologique. De plus, ces personnes mises en quarantaine ou hospitalisées dans les CTE ont arrêté leurs activités génératrices de revenus. A cela s'ajoutent les promesses d'aide non tenues : l'aide promise par le gouvernement était presqu'inexistante. Les autorités locales et nationales devaient pourtant créer un climat de confiance permanent avec la population. De plus, les membres qui croupissaient déjà dans la misère sont laissés seuls face à leurs agresseurs qui tuent, pillent et violent. Face à la perte de confiance, ils refusent la main tendue des autorités. Cependant, les autorités religieuses ont toute la confiance de la population, les « maisons de prières » et les églises sont le recours de tous les cas désespérés qui n'ont pas été guéris dans les hôpitaux. Il est donc nécessaire de former ces personnes de manière continue afin qu'elles véhiculent des messages appropriés et acceptables au sein de la communauté et non des rumeurs. Enfin, à cela s'ajoutent les guérisseurs traditionnels qui constituent le premier recours de soins dans la région, lesquels bénéficient d'une confiance totale de la population transmise de génération en génération. Ils devraient être formés et inclus dans les activités de la SBC, car ils constituent une grande source de contamination et de propagation de la MVE.

Crea et al. ont, dans leur étude menée en Sierra Léone, mis l'accent sur le stress psychologique causé par la suspicion, la confirmation du diagnostic, l'isolement et la quarantaine lors d'une épidémie de la MVE. L'appel est donc lancé aux dirigeants des communautés et aux personnes influentes à lutter contre les rumeurs et la désinformation afin de mettre fin à la stigmatisation et favoriser une communication permanente entre les membres d'une communauté, malgré la distanciation sociale. Cette stratégie a pour but de faire accepter, au sein de la communauté, les suspects et les guéris (50).

Notons que Bedson et al. ont mené une analyse sur « l'approche de l'action communautaire contre la MVE », exécutée à travers le regroupement des différentes actions menées au sein de la communauté pendant l'épidémie de la MVE entre 2014 et 2016 en Sierra Léone. Cette approche a été implémentée dans toutes les communautés et fonctionnait à environ 70 %. Elle a souligné l'engagement de la communauté au travers sa participation massive aux activités de la réponse à l'épidémie de la MVE ainsi que la collecte des données permanente en considérant

les données produites par la communauté au cours des activités de la SBC. Ces observations sont basées sur les comportements qui permettent d'éviter Ebola, sur les personnes infectées et suspectes ainsi que sur la mort. Cet engagement communautaire est possible et efficace dans un contexte d'urgence sanitaire, car il met en avant les leaders communautaires (chefs religieux, …) formés qui véhiculent des bons messages et elle utilisent les moyens de communications locaux tels que des programmes à la radio (51). Kutalek et al., au cours d'une étude menée au Liberia, pensent qu'il faudrait faire du soutien psychosocial aux patients atteints de la MVE ainsi qu'à leurs membres de famille un pilier capital dans toute réponse à une épidémie de la MVE. Selon eux, il faudrait apporter une aide sociale qui consiste à fournir des produits alimentaires aux personnes mises en quarantaine pour leur éviter de la briser. Malheureusement, comme en RDC, cette aide n'atteint pas souvent sa cible ou arrive tardivement. Toujours selon eux, les centre de traitements de la MVE sont considérés comme des « trous noirs » dans lesquels les patients disparaissent, en établissant un contact et une communication permanente entre les professionnels de santé et les proches des patients (47).

La LUCHA connue sur les plans national et international et le Véranda Muchanga plus local, mouvements citoyens luttant pour la dignité humaine et le changement social en RDC, se sont mobilisés pour défendre les intérêts de la population reléguée au second plan pendant la réponse de la dixième épidémie. Des fonds ont été mobilisés aux niveaux national et international pour appuyer la réponse. Cependant, la prime des experts nationaux était environ cinq fois plus importante que celle des agents de terrain recrutés localement. Celle des experts internationaux représentait environ quatre fois celle des experts nationaux. Plus significatif : les relais communautaires touchaient une prime de cinq dollars américains par jour de travail soit 150 dollars par mois. Cette injustice sociale a entrainé le soulèvement populaire contre les activités de la réponse, protestations initiées par les mouvements citoyens. Plus grave encore, les experts nationaux et internationaux vivaient dans des quartiers hautement sécurisés pendant que la population était livrée à elle-même face à ses agresseurs. La MVE a été très médiatisée et a permis aux personnes qui ne connaissaient pas la RDC et la province du Nord-Kivu de pallier cette ignorance. Pourtant, la guerre qui sévit dans la province du Nord-Kivu en général et dans la ville de Beni, laquelle a causé la mort de centaines de milliers des personnes, un traumatisme psychologique important et la détérioration des conditions sociales par le manque d'emploi et la non-scolarisation des enfants depuis plus de vingt ans n'ont pas été médiatisés et des résolutions des Nations-Unies bien qu'éphémères n'ont produit aucun effet dans les communautés. Pour ces raisons, les mouvements citoyens considèrent que les autorités locales

et nationales sont complices des agresseurs de sa propre population. Au cours d'une étude menée en RDC, Lawrence et al. ont démontré que l'OMS et l'ONU ont fait une promesse consistant à renforcer les opérations de sécurisation de la population et du territoire. Pourtant, la population continue d'être massacrée par les milices locales opérant dans la région ainsi que par des groupes rebelles internationaux. Mais les agents de la réponse à la MVE recruté localement ont, malgré l'insécurité et la prime insignifiante qu'ils recevaient, continué à offrir leur connaissance en rapport avec l'expérience vécue de la MVE, leur maitrise de la langue locale ainsi que de la culture pour accompagner les experts nationaux et internationaux ainsi que les agents des ONG internationales. Force est de constater que le conseil des Nations Unies a exigé des belligérants, au travers sa résolution 2439, le respect du droit international qui garantit la sécurité humanitaire, mais sans initier aucune mobilisation de haut niveau pour réduire ou arrêter l'insécurité (4).

VI. RECOMMANDATIONS

Adressées aux autorités sanitaires nationales et intermédiaires

Objectif général : faciliter la mise en place et l'opérationnalisation des activités de la SBC.

Contexte et justification : la surveillance à base communautaire est une composante essentielle dans le suivi de la santé d'une population. Sa défaillance conduit à des conséquences désastreuses sur la santé de la population, plus encore dans un pays à potentiel épidémique.

A mettre en œuvre :

1. Intégrer les activités de la SBC dans toutes les aires de santé de la zone de santé de Beni en particulier et dans toutes les zones de santé de la RDC en général.
2. Faciliter l'accessibilité de toutes les aires de santé de la zone de santé de Beni.
3. Doter les aires de santé de moyens financiers nécessaires et pérennes pour la réalisation des activités de la SBC.
4. Former et intégrer les chefs religieux et les tradipraticiens (guérisseurs traditionnels) dans les activités de la SBC.
5. Assurer la formation continue des professionnels de santé et des relais communautaires.
6. Sensibiliser sur les comportements à risque en ce qui concerne la MVE.
7. Promouvoir la lutte contre la stigmatisation.
8. Promouvoir le soutien psychologique, social et communautaire aux guéris et aux suspects de la MVE ainsi qu'à leurs familles.

Adressées aux autorités sanitaires locales

Objectif général : intégrer la communauté, les autorités religieuses et traditionnelles locales dans les activités de la SBC.

Contexte et justification : le manque d'intégration des différentes parties prenantes dans la mise en œuvre des activités de la SBC est un facteur de résistance communautaire. Les communautés sont moins informées sur la problématique et plus à risque de la MVE.

A mettre en œuvre :

1. Associer les leaders communautaires et la société civile dans la lutte contre la MVE à travers la SBC.

2. Reconnaitre et renforcer le travail sur terrain des relais communautaires en ce qui concerne la sensibilisation de la communauté sur l'importance de la SBC.
3. Impliquer les guérisseurs traditionnels dans la SBC.
4. Renforcer les supervisions des relais communautaires.

Adressées au gouvernement central

Objectif général : lever des ressources financières et humaines pour la protection, l'éducation et la santé de la population.

Contexte et justification : le manque de ressources dans les activités de surveillance sanitaire limite la réalisation de la SBC. Les autorités sont les garants de la sécurité et de la santé des individus.

A mettre en œuvre :

1. Mobiliser l'armée et la police nationale pour sécuriser les personnes et leurs biens.
2. Fournir des efforts pour pacifier la RDC en général et la province du Nord-Kivu en particulier.
3. Investir dans l'éducation de la population.
4. Lutter contre la corruption et les antivaleurs qui empêchent la bonne redistribution des richesses.
5. Doter de moyens financiers suffisants aux divisions provinciales de la santé pour le financement des activités de surveillance épidémiologique en général et de surveillance à base communautaire en particulier.

VII. CONCLUSION

La Maladie à Virus Ebola (MVE) est une maladie virale extrêmement contagieuse et mortelle qui nécessite d'être contenue et éradiquée afin d'éviter l'extermination des populations des régions dans lesquelles elle sévit. L'implication de la population au travers de la surveillance à base communautaire, l'une des composantes de la surveillance épidémiologique, est un pilier important de la réponse à l'épidémie de la MVE, mais surtout de la non-survenue des nouveaux cas. Cependant, nous notons que malgré le caractère dangereux de la MVE, il existe une réticence communautaire à l'adhésion aux activités de la SBC. En conséquence, on continue à compter le nombre d'épidémies de la MVE en RDC en général et dans la zone de santé de Beni en particulier. Il est donc nécessaire de comprendre, au travers les perceptions des différents acteurs de la SBC, les facteurs qui font obstacle à la SBC ainsi que ceux à capitaliser pour mieux mener les activités de la SBC.

Pour répondre à cette question, nous avons mené des entretiens semi-directifs auprès de 21 acteurs de la SBC répartis en trois groupes : infirmiers titulaires, relais communautaires et patients guéris auxquels sont assimilés les contacts qui constituent les membres de la communauté. Un protocole de recherche et un guide d'entretien ont été présentés au comité d'éthique en RDC. Ce dernier a validé les guides d'entretien et donné son approbation pour la recherche.

Avant de lire les résultats, nous vous prions de tenir compte des limites et forces de ce mémoire. Vu que l'étude que nous avons menée est qualitative, les résultats ne sont pas généralisables à toute la population de la ville de Beni. En effet, l'inaccessibilité de certaines aires de santé du fait de l'insécurité causée par les conflits armés en vigueur dans la région depuis plus de 20 ans, la subjectivité des participants et enfin celle de l'auteur ont pu influencer les résultats de cette étude. Cependant, la force de ce travail est son déroulement dans une zone insécure. De ce fait, il compte parmi les rares études qui y sont menées.

Dans les résultats, la majorité des acteurs se sentent concernés par les activités de la SBC. Selon eux, elles permettent de contrôler la MVE et de réduire la contamination ainsi que la propagation du virus. Cependant, ils évoquent certaines barrières que sont les fausses croyances en ce qui concerne la MVE et la réponse à l'épidémie qui s'ensuit, les croyances et valeurs culturelles ou traditionnelles, l'insécurité causée par les conflits armés dans la région, la précarité, l'injustice sociale, le faible niveau d'instruction de la population.

Au regard de ce qui précède, la SBC reste un défi à relever pour la RDC en général et la province du Nord-Kivu en particulier. En rapport avec le contexte d'insécurité, la SBC se faisait de manière intermittente et n'était pas réalisée dans certaines aires de santé. Malgré ces obstacles, chaque fois qu'elle se déroulait, elle permettait la détection de plusieurs cas, leur isolement et la diminution des contaminations au sein de la communauté. Ainsi, nous pouvons dire que la mesure est efficace, mais qu'elle doit être corrélée à la vaccination et à une meilleure prise en charge des cas positifs et des contacts.

Ces facteurs ont été évoqués dans plusieurs études réalisées en RDC, en Sierra Léone, en Guinée et au Libéria. Ceci démontre que cette situation n'est pas particulière à la RDC, mais qu'elle s'étend aux autres pays africains dans lesquels la MVE sévit.

VIII. BIBLIOGRAPHIE

1. Leroy ÉM. L'Émergence du virus EBOLA chez l'homme : un long processus pas totalement élucidé. Bull Acad Natl Med. 2015;199(4):651-71.

2. Ministère de la Santé RDC. DRC_Investment_Case_FR.pdf [Internet]. Plan National de developpementSanitaire récadré 2019-2022. 2018 [cité 1 oct 2022]. Disponible sur: https://www.globalfinancingfacility.org/sites/gff_new/files/documents/DRC_Investment_Case_FR.pdf

3. Gasquet-Blanchard C. Ebola, géographie d'un virus. Enjeux socio-spatiaux en Afrique Centrale. L'Espace Politique Revue en ligne de géographie politique et de géopolitique [Internet]. 22 juill 2015 [cité 30 sept 2022];(26). Disponible sur: https://journals.openedition.org/espacepolitique/3475

4. Lawrence O. Gostin MMK Elizabeth Cameron. Ebola and War in the Democratic Republic of Congo: Avoiding Failure and Thinking Ahead [Internet]. O'Neill. 2019 [cité 29 sept 2022]. Disponible sur: https://oneill.law.georgetown.edu/publications/ebola-and-war-in-the-democratic-republic-of-congo-avoiding-failure-and-thinking-ahead/

5. Nguyen VK. An Epidemic of Suspicion — Ebola and Violence in the DRC. New England Journal of Medicine. 4 avr 2019;380(14):1298-9.

6. Vossler H, Akilimali P, Pan Y, KhudaBukhsh WR, Kenah E, Rempała GA. Analysis of individual-level data from 2018-2020 Ebola outbreak in Democratic Republic of the Congo. Sci Rep. 1 avr 2022;12(1):5534.

7. Organisation mondiale de la santé. Ebola virus disease [Internet]. 2021 [cité 29 sept 2022]. Disponible sur: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ebola-virus-disease

8. Nations unies. La RDC déclare une nouvelle épidémie d'Ebola après la confirmation d'un cas au Nord-Kivu - OMS [Internet]. ONU Info. 2022 [cité 29 sept 2022]. Disponible sur: https://news.un.org/fr/story/2022/08/1125782

9. Moulin AM. L'anthropologie au défi de l'Ebola. Anthropologie & Santé Revue internationale francophone d'anthropologie de la santé [Internet]. 25 nov 2015 [cité 2 oct 2022];(11). Disponible sur: https://journals.openedition.org/anthropologiesante/1954

10. Questa K, Das M, King R, Everitt M, Rassi C, Cartwright C, et al. Community engagement interventions for communicable disease control in low- and lower- middle-income countries: evidence from a review of systematic reviews. Int J Equity Health. déc 2020;19(1):51.

11. Nicholas Crawford, Kerrie Holloway, Jock Baker, Anne-lise Dewulf, et al. La 10e réponse à Ebola en République démocratique du Congo Leçons sur le leadership et la coordination internationaux [Internet]. 2021 [cité 29 sept 2022]. Disponible sur: http://cdn-odi-production.s3-website-eu-west-1.amazonaws.com/media/documents/La_10e_r%C3%A9ponse_%C3%A0_Ebola_en_R%C3%A9publique_d%C3%A9mocratique_du_Congo__le%C3%A7ons_sur_le_lead_nEx8UGD.pdf

12. Organisation mondiale de la santé. Ebola virus disease – Democratic Republic of the Congo [Internet]. 2018 [cité 29 sept 2022]. Disponible sur: https://www.who.int/emergencies/disease-outbreak-news/item/4-august-2018-ebola-drc-en

13. Butler C. PROGRAMME DE PRÉPARATION DES COMMUNAUTÉS AUX ÉPIDÉMIES ET AUX PANDÉMIES. avr 2021;8.

14. Wang P, Liu WJ. It's not just science: Challenges for public health intervention in Ebola epidemics in the Democratic Republic of Congo. Sci China Life Sci. juill 2020;63(7):1079-81.

15. Mayhew SH, Kyamusugulwa PM, Kihangi Bindu K, Richards P, Kiyungu C, Balabanova D. Responding to the 2018–2020 Ebola Virus Outbreak in the Democratic Republic of the Congo: Rethinking Humanitarian Approaches. Risk Manag Healthc Policy. 28 avr 2021;14:1731-47.

16. Aruna Aron et al. Ebola Virus Disease Outbreak — Democratic Republic of the Congo, August 2018–November 2019. MMWR Morb Mortal Wkly Rep [Internet]. 2019 [cité 2 oct 2022];68. Disponible sur: https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/68/wr/mm6850a3.htm

17. ministère de la santé. Plan d'action opérationnel consolidé 2021 de la zone de santé de Beni [Internet]. 2021 [cité 9 mai 2023]. Disponible sur:

https://mail.google.com/mail/u/0/#inbox/QgrcJHsbcVNvhCLHTtwRwBSvjTLmpDKSjTG?projector=1&messagePartId=0.1

18. RECUEIL DES NORMES D ORGANISATION ET DE FONCTIONNEMENT DES STRUCTURES SANITAIRESS DELA ZONE DE SANTE EN REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO - PDF Téléchargement Gratuit [Internet]. 2012 [cité 11 mai 2023]. Disponible sur: https://docplayer.fr/34761187-Recueil-des-normes-d-organisation-et-de-fonctionnement-des-structures-sanitairess-dela-zone-de-sante-en-republique-democratique-du-congo.html

19. Beni (ville). In: Wikipédia [Internet]. 2023 [cité 19 mai 2023]. Disponible sur: https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Beni_(ville)&oldid=204204012

20. Isabelle Aujoulat. cours d'introduction aux méthodes qualitatives / UCLouvain - Recherche Google [Internet]. [cité 23 mai 2023]. Disponible sur: https://www.google.com/search?q=cours+d%27introduction+aux+m%C3%A9thodes+qualitatives+%2F+UCLouvain&sxsrf=APwXEdfB7YdykYP6l9D6ZQghKRAzl8nvCg%3A1684875966428&ei=viptZKvnGcLhkgXu-bKAAg&ved=0ahUKEwirvuCLrIz_AhXCsKQKHe68DCAQ4dUDCA8&oq=cours+d%27introduction+aux+m%C3%A9thodes+qualitatives+%2F+UCLouvain&gs_lcp=Cgxnd3Mtd2l6LXNlcnAQDDIFCCEQoAE6CggjEK4CELADECc6BAgjECc6BwgjEOoCECc6DQguEMcBENEDEOoCECc6DwgAEAMQjwEQ6gIQtAIYATоPCC4QAxCPARDqAhC0AhgBOgcIIxCKBRAnOgcILhCKBRBDOgcIABCKBRBDOg0ILhCKBRDHARCvARBDOgsIABCABBCxAxCDAToRCC4QgAQQsQMQgwEQxwEQ0QM6CggAEIAEEBQQhwI6CAgAEIAEELEDOgsIABCKBRCxAxCDAToOCC4QgAQQsQMQxwEQ0QM6DQgAEIoFELEDEIMBEEM6EAgAEIAEEBQQhwIQsQMQgwE6CAguEIAEELEDOg4ILhCKBRCxAxCDARDUAjoFCAAQgAQ6DggAEIAEELEDEIMBEMkDOgsIABCKBRCSAxC4BDoICAAQigUQkgM6CwguEIAEEMcBEK8BOgYIABAWEB46CAghEBYQHhAdOgcIIRCgARAKOgUIABCiBEoECEEYAVDKA1jllgNg8sADaAVwAHgEgAHdBogB8HGSAQ82OS4xOC44LjQuMS40LjGYAQCgAQGwARTIAQHAAQHaAQYIARABGAo&sclient=gws-wiz-serp

21. Claude G. Étude qualitative : définition, techniques, étapes et analyse [Internet]. Scribbr. 2019 [cité 23 mai 2023]. Disponible sur: https://www.scribbr.fr/methodologie/etude-qualitative/

22. Dumez H. Qu'est-ce que la recherche qualitative?

23. Gaüzère BA, Aubry , Pierre. ebola.pdf [Internet]. 2021 [cité 29 sept 2022]. Disponible sur: http://medecinetropicale.free.fr/cours/ebola.pdf

24. organistion mondiale de la santé. L'Ouganda déclare la fin de l'épidémie de maladie Ebola [Internet]. OMS | Bureau régional pour l'Afrique. 2023 [cité 17 janv 2023]. Disponible sur: https://www.afro.who.int/fr/countries/uganda/news/louganda-declare-la-fin-de-lepidemie-de-maladie-ebola

25. Butler C. PROGRAMME DE PRÉPARATION DES COMMUNAUTÉS AUX ÉPIDÉMIES ET AUX PANDÉMIES. avr 2021;8.

26. Ministère de la santé RDC, Organisation mondiale de la santé. Revue après action de la riposte aux 9e, 10e, 11e et 12e epidémies de la maladie à virus Ebola RDC [Internet]. 2021 [cité 29 sept 2022]. Disponible sur: https://extranet.who.int/sph/sites/default/files/document-library/document/5.%20AAR%20EVD%20DRC%20Rapport%20Enquete%20en%20ligne%20Juin%202021%20Final%20FR.pdf

27. Organisation mondiale de la santé, Centers for disease control and prévention. IDSR-Technical -Guidelines-2010_French _final.pdf [Internet]. 2010 [cité 30 nov 2022]. Disponible sur: https://www.afro.who.int/sites/default/files/2017-06/IDSR-Technical%20-Guidelines-2010_French%20_final.pdf

28. Astagneau P, Ancelle T. Surveillance épidémiologique: Principes, méthodes et applications en santé publique. Lavoisier; 2011. 387 p.

29. Kambiré R, Lingué K, Courtin F, Sidibé I, Kiendrébéogo D, N'gouan KE, et al. La Trypanosomose Humaine Africaine dans l'espace ivoiro-burkinabé : optimisation des stratégies de surveillance épidémiologique. Parasite. nov 2012;19(4):389-96.

30. Fédération internationale des société de la croix rouge et du croissant rouge. CommunityBasedSurveillanceFR_Global_LR.pdf [Internet]. 2017 [cité 17 déc 2022]. Disponible sur: https://www.ifrc.org/sites/default/files/2021-12/CommunityBasedSurveillanceFR_Global_LR.pdf

31. organisation mondiale de la santé. guide-pour-la-mise-en-place-de-la-surveillance-a-base-communautaire.pdf [Internet]. 2014 [cité 30 nov 2022]. Disponible sur: https://www.afro.who.int/sites/default/files/2017-06/guide-pour-la-mise-en-place-de-la-surveillance-a-base-communautaire.pdf

32. Keita M, Lucaccioni H, Ilumbulumbu MK, Polonsky J, Nsio-Mbeta J, Panda GT, et al. Evaluation of Early Warning, Alert and Response System for Ebola Virus Disease, Democratic Republic of the Congo, 2018-2020. Emerg Infect Dis. déc 2021;27(12):2988-98.

33. Houeto D, d'Hoore W, Ouendo EM, Deccache A. [Fever and malaria in children under 5 years of age in Benin: do we have accurate statistics?]. Sante. mars 2008;18(1):55-60.

34. Houéto D, d'Hoore W, Deccache A. [Perceptions of parental participation by health professionals in childhood malaria control in Benin]. Sante Publique. févr 2008;20(1):19-28.

35. Geldsetzer P, Williams TC, Kirolos A, Mitchell S, Ratcliffe LA, Kohli-Lynch MK, et al. The recognition of and care seeking behaviour for childhood illness in developing countries: a systematic review. PLoS One. 2014;9(4):e93427.

36. Allen EN, Wiyeh AB, McCaul M. Adding rapid diagnostic tests to community-based programmes for treating malaria. Cochrane Database Syst Rev. 8 sept 2022;9:CD009527.

37. Oliphant NP, Manda S, Daniels K, Odendaal WA, Besada D, Kinney M, et al. Integrated community case management of childhood illness in low- and middle-income countries. Cochrane Database Syst Rev. 10 févr 2021;2:CD012882.

38. Okwundu CI, Nagpal S, Musekiwa A, Sinclair D. Home- or community-based programmes for treating malaria. Cochrane Database Syst Rev. 31 mai 2013;(5):CD009527.

39. Saini NK, Gaur DR, Saini V, Lal S. Acute respiratory infections in children: a study of knowledge and practices of mothers in rural Haryana. J Commun Dis. juin 1992;24(2):75-7.

40. Muhe L, Kidane Y, Shamebo D, Krantz I, Freij L. The Butajira Rural Health Project in Ethiopia: mothers' perceptions and practices in the care of children with acute respiratory infections. Int J Health Sci. 1994;5(3):99-103.

41. Mafuta Eric. Comité de santé et relais communautaires : des défis pour un meilleur rôle d'interface. Cas de la République Démocratique du Congo (RDC) [Internet]. Health 4 Africa. 2016 [cité 17 déc 2022]. Disponible sur: https://www.health4africa.net/2016/01/comite-de-sante-relais-communautaires-des-defis-pour-meilleur-role-dinterface-cas-de-la-republique-democratique-du-congo-rdc/

42. Faye SL. Responsabiliser les relais communautaires pour le traitement préventif intermittent saisonnier du paludisme (TPI) au Sénégal : enjeux, modalités, défis. Autrepart. 2012;60(1):129-46.

43. MT-MOG-Ozebio. Actualités et Événements [Internet]. ADES-INTERNATIONAL. [cité 17 déc 2022]. Disponible sur: https://ades-international.org/fr/actualite-evenement/

44. Marais F, Minkler M, Gibson N, Mwau B, Mehtar S, Ogunsola F, et al. A community-engaged infection prevention and control approach to Ebola. Health Promotion International. 2016;31(2):440-9.

45. Toledo M, Vanlerberghe V, Baly A, Ceballos E, Valdes L, Searret M, et al. Towards active community participation in dengue vector control: results from action research in Santiago de Cuba, Cuba. Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene. 2007;101(1):56-63.

46. Attinsounon CA, Hounnankan CA, Dovonou CA, Alassani CA, Salifou S. Connaissances et attitudes des relais communautaires sur les fièvres hémorragiques à virus Lassa et Ebola dans le département de la Donga (Nord Bénin). Pan Afr Med J. 25 avr 2017;26:229.

47. Kutalek R, Wang S, Fallah M, Wesseh CS, Gilbert J. Ebola interventions: listen to communities. Lancet Glob Health. mars 2015;3(3):e131.

48. Wilkinson A, Parker M, Martineau F, Leach M. Engaging « communities »: anthropological insights from the West African Ebola epidemic. Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci. 26 mai 2017;372(1721):20160305.

49. Kunii O, Kita E, Shibuya K. [Epidemics and related cultural factors for Ebola hemorrhagic fever in Gabon]. Nihon Koshu Eisei Zasshi. oct 2001;48(10):853-9.

50. Crea TM, Collier KM, Klein EK, Sevalie S, Molleh B, Kabba Y, et al. Social distancing, community stigma, and implications for psychological distress in the aftermath of Ebola virus disease. PLoS One. 2022;17(11):e0276790.

51. Bedson J, Jalloh MF, Pedi D, Bah S, Owen K, Oniba A, et al. Community engagement in outbreak response: lessons from the 2014-2016 Ebola outbreak in Sierra Leone. BMJ Glob Health. août 2020;5(8):e002145.

IX. ANNEXE

GUIDES D'ENTRETIENS

1. Guide d'entretien semi- directif pour les membres de la communauté

Bonjour,

Je tiens à vous remercier de m'accorder du temps pour cet entretien.

Je m'appelle **Betty Kalonji Tshinkenke**, je mène une recherche sur la perception des acteurs en rapport avec la surveillance à base communautaire comme moyen de contention de la maladie à virus Ebola. J'aimerais savoir comment vous percevez et comprenez la surveillance à base communautaire dans la lutte contre la maladie à virus Ebola (MVE). Mes questions reposent sur les comportements, habitudes et connaissances sur la MVE. Je suis intéressé par les membres de la communauté de la zone de santé de Beni. Etant membres de cette communauté, vous répondez aux critères de cette recherche. Votre avis sur le sujet est capital pour moi. La durée de cet entretien est d'environ une heure.

Une série de questions vous seront posées, Vous pouvez y répondre en toute liberté. N'hésitez surtout pas à nous poser des questions de clarification. Vous pouvez interrompre votre participation à notre étude à tout moment.

Cet entretien sera enregistré et des notes seront prises afin de nous permettre de répertorier toutes les informations dont nous avons besoin. Pour ce faire, nous avons besoin de votre accord pour débuter l'entretien. Sachez que vous pouvez demander à interrompre l'enregistrement à tout moment. Il est aussi important de noter que tout ce qui sera dit au cours de cet entretien est strictement confidentiel.

Avez-vous des question à ce niveau ?

Procédons à la lecture du formulaire et à la signature du formulaire de consentement.

Voulez-vous participer à notre étude ? OUI NON

Renseignements généraux :
Age :
Sexe : F/M (entourer la réponse)
Profession :
État civil :

<u>Questions</u> :

Présentation générale

1. Que faites-vous dans la vie ? quelles sont vos occupations ?
2. Quel est votre niveau d'étude ?

Thème 1 : généralités sur Ebola

3. Qu'est-ce qui vous vient à l'esprit quand vous entendez parler d'Ebola ?
4. A votre avis , comment attrape-t-on la maladie à virus Ebola ?
5. Selon vous quels sont les symptômes de la maladie à virus Ebola ?
6. Quels sont les moyens de prévention de la maladie à virus Ebola ?
7. Que pensez-vous de la distanciation sociale ?

Thème 2 : Expérience de la maladie

8. Quelle a été votre attitude lorsque vous ou vos proches ont été diagnostiqué positif à la maladie à virus Ebola ?
9. Pouvez-vous nous parler de votre expérience de la maladie à virus Ebola ?
10. D'après vous, qui sont les personnes de votre entourage ou de votre communauté qui vous ont le mieux soutenus pendant votre maladie ou celle de vos proches ?
11. Que savez-vous des mesures mises en place par les autorités sanitaires dans le cadre de la maladie à virus Ebola ?

Thème 3 : Expérience de la surveillance à base communautaire

12. Qu'est-ce qui vous vient à l'esprit quand vous entendez parler de la surveillance de manière générale et de la surveillance à base communautaire en particulier ?
13. Que pouvez-vous nous dire sur votre participation dans la contention de la maladie à virus Ebola ?... Pouvez-vous nous en dire plus ?
14. Quels sont les moyens mis à votre disposition pour votre participation à la surveillance à base communautaire ?
15. Selon vous qu'est ce qui peut empêcher le bon déroulement de la surveillance à base communautaire ?... Pouvez-vous être nous expliquer comment ?
16. Avez-vous déjà refusé de recevoir un agent de santé communautaire ?Si oui, pouvez-vous nous parler des circonstances et raisons de ce refus ?
17. A votre avis, quels rôles pourraient jouer les autorités administratives, religieuses ou médicales dans la surveillance à base communautaire ?
18. Pouvez-vous m'expliquer votre rapport avec les tradipraticiens ?
19. Racontez-moi dans quel sens la MVE a eu à modifier les relations avec vos proches ?
20. Pour vous quels sont les points à améliorer dans la riposte contre la MVE ?

Fin de l'entretien

21. Voulez-vous ajouter quelque chose ?
22. Comment vous êtes-vous senti(e) durant cet entretien

23. Avez-vous des questions ou remarques ?

2. Guide d'entretien semi-directif pour les infirmiers titulaires.

Bonjour,

Je tiens à vous remercier de m'accorder du temps pour cet entretien.

Je m'appelle **Betty Kalonji Tshinkenke**, je mène une recherche sur la perception des acteurs en rapport avec la surveillance à base communautaire comme moyen de contention de la maladie à virus Ebola. J'aimerais savoir comment vous percevez et comprenez la surveillance à base communautaire dans la lutte contre la maladie à virus Ebola (MVE). Mes questions reposent sur les comportements, habitudes et connaissances sur la MVE. Je suis intéressé par les infirmiers titulaires de la zone de santé de Beni. Etant infirmier titulaire, vous répondez aux critères de cette recherche. Votre avis sur le sujet est capital pour moi. La durée de cet entretien est d'environ une heure.

Une série de questions vous seront posées, Vous pouvez y répondre en toute liberté. N'hésitez surtout pas à nous poser des questions de clarification. Vous pouvez interrompre votre participation à notre étude à tout moment.

Cet entretien sera enregistré et des notes seront prises afin de nous permettre de répertorier toutes les informations dont nous avons besoin. Pour ce faire, nous avons besoin de votre accord pour débuter l'entretien. Sachez que vous pouvez demander à interrompre l'enregistrement à tout moment. Il est aussi important de noter que tout ce qui sera dit au cours de cet entretien est strictement confidentiel.

Avez-vous des question à ce niveau ?

Procédons à la lecture du formulaire et à la signature du formulaire de consentement.

Voulez-vous participer à notre étude ? OUI NON

Age :
Sexe : F/M (entourer la réponse)
Profession :
État civil :

<u>Questions</u> :

Présentation générale

1. Quelle zone de santé couvrez-vous ?
2. Quelle aire de santé couvrez-vous ?

Thème 1. Généralités sur la maladie Ebola

3. Qu'est-ce qui vous vient à l'idée quand vous entendez parler de la maladie à virus Ebola ?
4. Pouvez-vous nous parler des moments et modes de transmission de la maladie à virus Ebola ?

Thème 2. Expérience de la maladie à virus Ebola

5. Pouvez-vous nous expliquer comment les membres de votre communauté réagissent lorsque vous leur donnez un diagnostic positif à la maladie à virus Ebola ?
6. Que se passent-ils si les patients et leurs contacts refusent d'être isolés ?
7. Pouvez-vous nous dire comment se déroulent les activités de surveillance en général et celles de la surveillance à base communautaire en particulier ?
8. Selon vous quels sont les comportement à éviter pour ne pas contracter la maladie à virus Ebola ?
9. Pouvez-vous nous parler de votre expérience de la maladie à virus Ebola ?

Thème 3. Expérience de la surveillance à base communautaire

10. Parlez-nous de votre expérience de la surveillance à base communautaire.
11. La population de votre zone de santé est-elle satisfaite des activités de surveillance à base communautaire mises en place ? pouvez-vous nous expliquer ?
12. Parlez-nous des causes et circonstances qui empêchent la population d'adhérer aux activités de surveillance à base communautaire… Pouvez-vous nous en dire plus ?
13. Est-il déjà arrivé que la population de votre zone de santé refusent les activités de la surveillance à base communautaire ? Si oui, pourquoi ?
14. Il y'a-t-il déjà quelque chose ou quelqu'un que vous craignez dans la réalisation des activités de surveillance à base communautaire ?
15. Selon vous quel rôle pourrait jouer les autorités administratives, religieuses ou médicales dans la surveillance à base communautaire ?
16. Pouvez-vous m'expliquer vos rapports avec les tradipraticiens ?
17. Pour vous quels sont les points à améliorer dans la riposte contre la MVE ?

Fin de l'entretien

18. Voulez-vous ajouter quelque chose ?
19. Comment vous êtes -vous senti(e) durant cet entretien ?
20. Avez-vous des questions ou remarques ?

3. Guide d'entretien semi-directif pour les Relais communautaires

Bonjour,

Je tiens à vous remercier de m'accorder du temps pour cet entretien.

Je m'appelle **Betty Kalonji Tshinkenke**, je mène une recherche sur la perception des acteurs en rapport avec la surveillance à base communautaire comme moyen de contention de la maladie à virus Ebola. J'aimerais savoir comment vous percevez et comprenez la surveillance à base communautaire dans la lutte contre la maladie à virus Ebola (MVE). Mes questions reposent sur les comportements, habitudes et connaissances sur la MVE. Je suis intéressé par les relais communautaires de la zone de santé de Beni. Etant relais communautaires de cette communauté, vous répondez aux critères de cette recherche. Votre avis sur le sujet est capital pour moi. La durée de cet entretien est d'environ une heure.

Une série de questions vous seront posées, Vous pouvez y répondre en toute liberté. N'hésitez surtout pas à nous poser des questions de clarification. Vous pouvez interrompre votre participation à notre étude à tout moment.

Cet entretien sera enregistré et des notes seront prises afin de nous permettre de répertorier toutes les informations dont nous avons besoin. Pour ce faire, nous avons besoin de votre accord pour débuter l'entretien. Sachez que vous pouvez demander à interrompre l'enregistrement à tout moment. Il est aussi important de noter que tout ce qui sera dit au cours de cet entretien est strictement confidentiel.

Avez-vous des question à ce niveau ?

Procédons à la lecture du formulaire et à la signature du formulaire de consentement.

Voulez-vous participer à notre étude ? OUI NON

Renseignements généraux :
Age :
Sexe : F/M (entourer la réponse)
Profession :
État civil :

<u>Questions</u> :

Présentation générale

1. Quel est votre niveau d'étude ?
2. Ou résidez-vous ?

Thème 1. Généralités sur la maladie à virus Ebola

3. Qu'est-ce qui vous vient à l'esprit quand vous entendez parler de la maladie à virus Ebola ?
4. Pouvez-vous nous parler des moments et modes de transmission de la maladie à virus Ebola ?

Thème 2. Expérience de la maladie à virus Ebola

5. Pouvez- vous nous expliquer comment les membres de votre communauté réagissent lorsqu'ils reçoivent un diagnostic positif à la maladie à virus Ebola ?
6. Pouvez-vous nous parler de votre expérience de la maladie à virus Ebola ?
7. Que se passent-ils si les patients et leurs contacts refusent d'être isolés ?

Thème 3. Expérience de la surveillance à base communautaire

8. Pouvez-vous nous dire comment se déroulent les activités de surveillance en général et celles de la surveillance à base communautaire en particulier ?
9. Selon vous quels sont les comportement à éviter pour ne pas contracter la maladie à virus Ebola ?
10. Parlez-nous de votre expérience de la surveillance à base communautaire.
11. La population de votre zone de santé est-elle satisfaite des activités de surveillance à base communautaire mises en place ? pouvez-vous nous expliquer ?
12. Parlez-nous des causes et circonstances qui empêchent la population d'adhérer aux activités de surveillance à base communautaire….Par exemple ?
13. Est-il déjà arrivé que la population de votre zone de santé refusent les activités de la surveillance à base communautaire ? Si oui, pourquoi ?
14. Il y'a-t-il déjà quelque chose ou quelqu'un que vous craignez dans la réalisation des activités de surveillance à base ? pouvez-vous nous expliquer ?
15. Selon vous quel rôle pourrait jouer les autorités administratives, religieuses ou médicales dans la surveillance à base communautaire ?
16. Pouvez-vous m'expliquer vos rapports avec les traditionnels ?
17. Pour vous quels sont les points à améliorer dans la riposte contre la MVE ?

Fin de l'entretien

18. Voulez-vous ajouter quelque chose ?
19. Comment vous êtes-vous senti(e) durant cet entretien ?
20. Avez-vous des questions et remarques ?

4. Formulaire de consentement

Je reconnais avoir compris les informations relatives à la recherche. Je comprends le motif de ma participation à l'étude et l'occasion de poser des questions m'a été donné et j'ai trouvé satisfaction à mes préoccupations. En apposant ma signature sur ce formulaire de consentement, j'accepte librement et sans contrainte de participer à l'étude.

Nom et Prénom :

……
……

Date :
……
…….

Signature :
……
…….

Retrait du consentement et questions sur le projet de recherche

Vous pouvez mettre un terme à votre participation à cette étude à tout moment, sans explication en informer bettykalonji14@gmail.com , la chercheuse en charge de l'étude.

Vos questions concernant la dite recherche peuvent être envoyés à cette même adresse.

5. Lettre d'approbation du comité d'éthique

REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO
Ministère de l'Enseignement Supérieur et Universitaire
Université de Kinshasa
ECOLE DE SANTE PUBLIQUE
COMITE D'ETHIQUE

No d'Approbation: ESP/CE/056./2023

Kinshasa, le 03 mai 2023

Betty KALONJI TSHINKENKE
Investigatrice Principale
Master en Santé Publique
UCLOUVAIN

Objet : L'approbation du protocole de recherche doctorale intitulé :
« La surveillance à base communautaire comme moyen de contention dans la gestion de la dixième épidémie de la maladie à virus Ebola : Perceptions des acteurs de la zone de santé de Beni dans la province du Nord-Kivu».

Madame l'Investigatrice Principale,

Après examen minutieux de votre protocole dont le sujet est repris en marge, le Comité d'Ethique de l'Ecole de Santé Publique de l'Université de Kinshasa estime que l'étude que vous comptez entreprendre est pertinente et peut réellement aider à évaluer les mesures de surveillance mises en place pour la contention de la maladie à virus Ebola.

Ainsi, vu que les principes éthiques relatifs au respect de la confidentialité et du consentement sont pris en compte, le Comité d'Ethique approuve le protocole, avec amendement majeur, et autorise la mise en œuvre de l'étude pour la période allant du 04 mai 2023 au 03 mai 2024.

Toute modification apportée au présent protocole devra au préalable obtenir l'approbation du Comité d'Ethique et tout incident devra lui être notifié sans délai.

Veuillez agréer, Madame l'Investigatrice Principale, l'expression de notre considération distinguée.

ESP UNIKIN COMITE D'ETHIQUE

Prof. BONGOPASI MOKE SANGOL
Vice-Président du Comité d'Ethique

LOUVAIN-LA-NEUVE | **BRUXELLES** | MONS | TOURNAI | CHARLEROI | NAMUR
Clos Chapelle-aux-champs, 30 bte B1.30.02, 1200 W oluwe-Saint-Lambert, Belgique | **www.uclouvain.be/fsp**