

# CELLULE D'ANALYSE EN SCIENCES SOCIALES | CASS

## Appui en sciences sociales pour la COVID-19 : leçons apprises note 4

Les données en sciences sociales sur les obstacles dans le recours aux soins durant l'épidémie d'Ebola de l'Est de la RDC

22 mai 2020

Financé grâce au soutien de :



Ces documents ont été développés par UNICEF pour la CASS, sous financement de Wellcome et DFID. Ils ont été revus par des partenaires de GOARN-recherche, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), Anthrologica, London School of Hygiene and Tropical Medicine (LSHTM), Harvard Humanitarian Initiative (HHI), la Fédération Internationale de la Croix-Rouge (FICR), l'Institut de Médecine Tropicale d'Anvers (IMT), Traducteurs sans Frontières (TWB), MSF-Epicentre, NOVETTA et l'Université d'Oxford.

## Contexte

Depuis août 2018, les provinces du Sud-Kivu, du Nord-Kivu et de l'Ituri, à l'Est de la République Démocratique du Congo (RDC) sont touchées par une épidémie de maladie à virus Ebola (MVE). Le bilan est de [3404 cas et plus de 2240 décès](#), dont de nombreuses femmes et enfants. Tandis que de nouveaux cas ont continué d'être rapportés au début de l'année 2020 (dont les derniers en avril, deux jours avant la déclaration prévue de fin de l'épidémie), une nouvelle pandémie est survenue. La COVID-19, causée par un nouveau coronavirus, a été découverte dans la ville de Wuhan en Chine à la fin de l'année 2019 et s'est répandue depuis à travers le monde, infectant plus de [2,7 millions de personnes](#)<sup>1</sup>.

En février 2020, les premiers cas ont été rapportés sur le continent africain, et en avril, des cas avaient été recensés dans 52 pays. Les

modèles prédictifs de la propagation de la COVID-19 sur le continent varient dans leurs estimations ; toutefois les analyses autour des [impacts secondaires](#) de la pandémie sur la santé, [la pauvreté et la stabilité](#) dans des contextes déjà fragiles sont unanimes. La COVID-19 exacerbe les situations de crises sanitaires endémiques et de conflits dans la région, avec des impacts aggravés par les [mauvaises conditions liées à l'eau, l'hygiène et l'assainissement \(EHA/WASH\) et l'engorgement des services de santé](#). Les communautés et les acteurs humanitaires impliqués dans la réponse à la COVID-19 dans ces contextes font face aux défis de limiter la surcharge des systèmes de santé et du [détournement des ressources](#) qui sont critiques pour répondre aux besoins existants vers la COVID-19.

## La Cellule d'Analyse en Sciences Sociales (CASS)

La Cellule d'Analyse en Sciences Sociales (CASS) est une unité établie durant l'épidémie d'Ebola de l'Est de la RDC (2018-aujourd'hui), par UNICEF, conjointement avec des partenaires nationaux et internationaux dans les domaines opérationnel et académique, et sous l'égide du Ministère de Santé publique congolais. La Cellule mène des recherches opérationnelles en sciences sociales (méthode mixtes), afin d'appuyer les acteurs de réponse et guider les stratégies et interventions de réponse. L'objectif de la CASS est de fournir des analyses intégrées afin de renforcer la compréhension et le suivi des tendances épidémiologiques, comportementales, et des perceptions,

tout au long de l'épidémie et de la réponse. En travaillant étroitement avec tous les partenaires de réponse, la CASS utilise les résultats des analyses pour encourager des changements opérationnels concrets et améliorer la santé des communautés au sens large. Dans le cadre de la Réponse Ebola, la CASS a conduit 57 études opérationnelles et codéveloppé 112 recommandations<sup>2</sup>. S'inspirant des succès rencontrés par ce modèle en RDC, la CASS cherche à répliquer sa présence dans plusieurs pays en Afrique sub-saharienne, s'adaptant aux nouvelles situations nées de la pandémie actuelle de la COVID-19.

## Notes des leçons apprises

La CASS a produit une série de documents (notes) sur les principales leçons tirées des analyses en sciences sociales durant la réponse à l'épidémie d'Ebola de l'Est de la RDC (2018-aujourd'hui).

Ces notes ont vocation à utiliser les résultats des recherches conduites par la CASS pour enrichir les recommandations destinées à améliorer les approches de réponse à la COVID-19 et ses impacts secondaires en Afrique sub-saharienne.

Il n'est pas question de comparer les deux maladies. [Le virus Ebola a un taux de mortalité plus élevé que la COVID-19](#) et est beaucoup moins transmissible (le niveau de contact avec une personne symptomatique pour la transmission est significatif). Au contraire, [le nouveau coronavirus se transmet via les projections de microgouttelettes](#), jusqu'à deux mètres entre deux personnes, et souvent avant même le début des symptômes. Cela constitue un défi majeur pour prévenir et empêcher la transmission et augmente le risque d'exposition pour les agents de réponse.

En dépit de ces différences, les études en sciences sociales et comportementales, les recommandations qui en sont issues ainsi que les apprentissages documentés ici **mettent en lumière des aspects importants pour les stratégies de réponse à la COVID-19, peuvent servir d'appui aux équipes de recherche qui opèrent dans des contextes similaires sur le continent, et cherchent à contribuer à la réflexion globale autour de la gestion de la pandémie.**

### *Les quatre notes abordent les thèmes suivants :*

[Note 1](#) : Les questions que doivent poser les chercheurs en sciences sociales qui travaillent dans des contextes humanitaires (Afrique subsaharienne) au sujet de la COVID-19 et pourquoi ;

[Note 2](#) : Inclusion des questions de genre dans les opérations de réponse humanitaire à la COVID-19 ;

[Note 3](#) : Recommandations pour les programmes humanitaires de la COVID-19 issues des données en sciences sociales acquises durant la réponse à l'épidémie d'Ebola en RDC ;

[Note 4](#) : **Les données acquises des recherches en sciences sociales sur les obstacles dans le recours aux soins durant l'épidémie d'Ebola de l'Est de la RDC**

Les outils de recherche de la CASS, les données brutes, les présentations et analyses ainsi que le suivi des recommandations issues des recherches (MONITO) sont accessibles librement en ligne ici : plateforme [Ebola](#) et plateforme [COVID](#).

1 Données sur le nombre de cas mises à jour quotidiennement par l'[Organisation mondiale de la Santé](#).

2 Pour une liste complète des études de la CASS menées durant l'épidémie d'Ebola de l'Est de la RDC, consulter le document librement ici : [lien](#).

## Note 4 : Les données en sciences sociales sur les obstacles dans le recours aux soins durant l'épidémie d'Ebola de l'Est de la RDC

Ce document a été élaboré à l'intention des acteurs de terrain impliqués dans des programmes de réponse à des crises sanitaires dans des contextes humanitaires. Il traite de l'importance de réduire les obstacles dans le recours aux soins, des raisons à ces obstacles, et des recommandations pour atteindre cet objectif dans les contextes d'épidémies. **Il s'appuie sur les données en sciences sociales acquises lors de la réponse à l'épidémie d'Ebola de l'Est de la RDC.**

Les recommandations présentées dans ce document sont basées sur les données des sciences sociales acquises lors de l'épidémie de maladie d'Ebola qui a touché l'est de la RDC (2018-2020). Par conséquent, et compte tenu de la variation épidémiologique entre les maladies, ce document ne peut prétendre aborder l'ensemble des recommandations visant à réduire les barrières dans les comportements de recherche de soins dans le contexte de l'épidémie COVID-19. Par exemple, Ebola et la COVID-19 ont des recommandations différentes pour les soins à domicile et en établissement. Alors que [les soins à domicile ne sont pas recommandés pour Ebola, ils le sont pour la COVID-19](#), sauf pour les formes graves. C'est pourquoi cette recommandation et d'autres recommandations connues pour la prévention et le contrôle de la COVID-19 ne sont pas détaillées dans ce document. Les recommandations présentées ci-dessous peuvent être pertinentes pour agir sur plusieurs, voire tous les obstacles, mais, aux fins du présent rapport, une seule recommandation est proposée par obstacle.

### Les barrières principales identifiées durant l'épidémie d'Ebola de l'Est de la RDC et ses implications pour la réponse à la COVID-19

#### Obstacle 1 : La peur d'être envoyé dans un centre de traitement Ebola (CTE)

##### Données acquises de l'épidémie d'Ebola de l'Est de la RDC

Les [données acquises en sciences sociales](#) durant l'épidémie indiquent qu'entre **23 et 37 % des participants**<sup>3</sup> auraient, à un moment, retardé leur recours aux soins par peur d'être envoyé au CTE<sup>4</sup>. Des refus de se rendre dans les structures de santé<sup>5</sup> ont aussi été observés plusieurs fois. Une [étude qualitative de la CASS sur les itinéraires thérapeutiques](#) renforce le constat que la peur était l'obstacle principal dans les comportements de recours aux soins. Dans les zones qui rapportaient les délais de recours aux soins les plus longs durant l'épidémie (7 à 9 jours après l'apparition des symptômes), la peur et les rumeurs autour du CTE se sont avérées être les obstacles principaux et la cause des délais.

Ces études ont mis en évidence que la peur était liée à la perception que le CTE était un « mouiroir », à un manque d'information autour des options de traitement, et par peur d'une mauvaise prise en charge au sein du CTE.

De plus, [une étude de la CASS sur les perceptions communautaires autour du CTE](#) a montré qu'un manque de compréhension des symptômes d'Ebola parmi les communautés a conduit à ancrer la croyance parmi elles que tous les symptômes étaient diagnostiqués comme Ebola, peu importe la nature réelle de la maladie, et que toutes les personnes malades étaient transférées au CTE, même celles

avec une légère fièvre. Les femmes sont particulièrement touchées par cette mécompréhension, qui est due à une communication peu claire autour des symptômes. Dans [une étude menée par Traducteurs Sans Frontières \(TSF\)](#), de nombreuses femmes ont expliqué qu'elles n'allaient pas chercher des soins par peur d'être mal-comprises et par conséquent, mal-diagnostiquées. Une [étude d'International Rescue Committee \(IRC\) sur l'accès aux services de santé sexuelle et reproductive \(SSR\)](#) durant l'épidémie a documenté des cas où des femmes enceintes qui faisaient face à des complications de leur grossesse, comme des avortements spontanés ou des saignements, retardaient leur recours aux soins par peur d'être prises pour des cas suspects par le personnel de santé et envoyées au CTE.

Les messages initiaux de communication sur Ebola se concentraient sur la gravité de la maladie et cherchaient en priorité à faire comprendre à la population qu'« Ebola était une maladie réelle » et que « Ebola tue »<sup>7</sup>. Ce type de communication, toutefois, a contribué à exacerber la peur selon laquelle toute personne envoyée au centre de traitement Ebola (CTE), qu'elle soit un cas confirmé ou non, allait mourir. [L'étude de la CASS sur les itinéraires thérapeutiques](#) a montré qu'au contraire, la diffusion de messages positifs à propos du CTE (notamment le nombre de personnes guéries), et la sensibilisation communautaire sur l'importance du traitement précoce étaient les éléments qui pouvaient davantage motiver les individus à aller chercher des soins.

3 Les études quantitatives auprès des populations menées par la CASS sont faites avec un [intervalle de confiance](#) de 95 % et une marge d'erreur de 5 %, sur la base de la taille de la population par zone de santé.

4 Des analyses en sciences sociales menées durant l'épidémie d'Ebola de l'Afrique de l'Ouest avaient déjà montré des retards dans le recours aux soins par peur d'être référé au CTE, qui était associé à la mort.

5 Structure de santé fait référence à toutes les structures qui fournissent des soins, qu'elles soient formelles ou informelles, publiques ou privées, et inclut les hôpitaux, les centres/postes de santé, dispensaire, tradipraticiens, pharmacies, etc.).

6 « Mouiroir » est une expression utilisée de manière récurrente par les personnes interrogées dans le cadre des études de la CASS. Un mouiroir est un lieu où sont rassemblées ou abandonnées des personnes sur le point de mourir, dans des conditions de dénuement extrême (connotation très négative).

7 A Kinshasa, en avril 2020, les messages diffusés par mégaphone aux points de contrôle ou dans les supermarchés alertaient « Attention, le Coronavirus est une maladie mortelle ».

## Recommandations pour la réponse à la COVID-19

### Travailler avec les systèmes de santé existants

Durant l'épidémie d'Ebola de l'Est de la RDC, les [enquêtes quantitatives](#) auprès des populations ont indiqué que la première raison des réticences liées aux CTE était le fait qu'ils n'étaient pas associés ou affiliés avec les structures de santé habituelles et familières aux communautés. Les analyses contextuelles initiales, lors des interventions de réponse à la COVID-19, devraient chercher à suivre les perceptions des populations pour comprendre si les peurs autour de cette nouvelle maladie existent dans la même

### Obstacle 2 : méfiance envers les agents de santé

En novembre 2019, selon une étude sur les perceptions et comportements des populations, entre 47 et 51 % des [répondants](#) disent ne plus avoir confiance dans les agents de santé pour soigner leurs enfants. Une [étude de la CASS qui s'intéressait à comment reconstruire la confiance dans le système de santé](#) a montré que la méfiance des participants envers les agents de santé était souvent liée à la perception qu'ils recevaient des salaires élevés en travaillant au service de la Réponse Ebola. Les données qualitatives soulignent l'impression parmi les communautés que le personnel de santé recevait des paiements pour les référencement des patients au CTE ou pour remonter des alertes, ce qui était associé à une trahison des communautés. [Plusieurs études quantitatives de la CASS](#) ont montré que les communautés pensaient que, depuis l'épidémie d'Ebola, toute personne qui se rend dans un centre de santé pour une consultation sera diagnostiqué comme malade d'Ebola et transféré au CTE – profitant ainsi financièrement au personnel de santé. Cela a alimenté la perception que l'épidémie d'Ebola était un « business », un moyen de gagner de l'argent pour certains, et que les agents de santé étaient uniquement préoccupés par l'argent. Cela a été confirmé par [une étude quantitative](#) dans laquelle 47 % des participants ont rapporté ne pas croire que la propagation de l'épidémie était réelle, mais que l'épidémie était répandue intentionnellement, pour servir les intérêts financiers de quelques-uns.

Le fait que certains agents de santé utilisent des termes techniques en français a amplifié les inquiétudes et la méfiance des communautés.

### Obstacle 3 : Peur d'être infecté par Ebola dans les structures de santé

#### Données acquises durant l'épidémie de l'Est de la RDC

Selon les analyses épidémiologiques en date de décembre 2019, approximativement 16 % de tous les cas d'Ebola sont dus à des infections nosocomiales. [Une étude de perceptions et comportements parmi le personnel soignant](#) a trouvé qu'entre 12 et 72 % des agents de santé suivant les zones ne se sentaient pas capables d'identifier un cas suspect d'Ebola. De plus, selon la plupart des agents de santé, les structures de santé sont des lieux où Ebola pouvait être transmis. Quasiment 80 % des structures de santé interrogées dans les zones affectées ont rapporté avoir des protocoles en place pour la prise en charge des cas suspects. [Une étude quantitative auprès des communautés](#) a montré qu'entre 24 et 49 % des participants avaient retardé leur recours aux soins par peur d'être infecté par Ebola dans le CTE.

mesure. Lorsque c'est possible, les activités de réponse à la COVID-19 devraient être organisées dans des structures de santé connues, et choisies par les communautés dont elles ont la confiance, afin de contribuer ainsi à réduire les peurs qui peuvent influencer sur les comportements de recours aux soins. Il est essentiel de garantir un engagement des structures de santé, publiques et privées (y compris les soignants traditionnels et les pharmacies), pour faciliter et encourager leur implication dans la conception et la mise en œuvre des interventions locales, dès le début.

## Recommandations pour la réponse à la COVID-19

### Orienter les ressources vers le renforcement des systèmes de santé

Dans les contextes humanitaires des pays à faibles revenus, la [COVID-19 risque de surcharger les systèmes de santé déjà fragiles](#). Il sera critique de limiter une potentielle augmentation des risques d'infections nosocomiales qui pourraient résulter d'une fréquentation accrue des services de santé. Renforcer les capacités des agents de santé à travers la fourniture d'équipement de protection et l'organisation de formations permettra non seulement de consolider la réponse contre la COVID-19 mais aussi les réponses contre les autres maladies. De plus et notablement, cela pourrait permettre de réduire les risques que les services de santé se détournent d'autres secteurs dans le besoin, au profit de la COVID-19. Les réseaux existants de travailleurs de santé communautaires devraient être formés et mobilisés afin d'agir dans le domaine de la PCI communautaire, pour soutenir l'activité clinique et potentiellement ainsi réduire la tension sur les systèmes de santé déjà mis à l'épreuve.

## Recommandations pour la réponse COVID-19

### Améliorer les niveaux de prévention et contrôle des infections (PCI) dans les structures de santé

Etant donné les risques pour les patients, les garde-malades et les soignants d'être exposé à la COVID-19, les structures de santé, formelles et informelles, doivent être soutenues pour prévenir les risques d'infection nosocomiale, à travers des formations adaptées, la fourniture de équipements de protection individuelle (EPI), les infrastructures appropriées pour l'eau, l'hygiène et l'assainissement (EHA/WaSH), le triage et le dépistage des patients. Dans le même temps, la disponibilité des soins dans les structures doit être garantie durant le processus de formation et d'appui.

## Obstacle 4 : perceptions d'une réduction de la qualité des soins

### Données acquises de l'épidémie de l'Est de la RDC

Les études qualitatives de la CASS sur les perceptions et l'utilisation des services de santé ainsi que la reconstruction de la confiance envers le système de soins ont montré que la perception d'une réduction de la qualité des soins dans les centres de santé pouvait influencer les comportements de recours aux soins. Une étude a particulièrement fait ressortir la perception que, depuis Ebola, les services de santé n'étaient plus efficaces, les agents de santé n'étaient pas aussi accueillants et les services étaient plus lents. Les résultats ont souligné la méfiance des communautés et le rejet de la distance physique entre patients et soignants qui résultait de l'usage des EPI et des mesures préventives pour éviter tout contact.

Dans les études qualitatives sur la reconstruction de confiance envers le système de santé, les perceptions de réduction de qualité des soins étaient souvent liées avec le fait que les services fournis par la Réponse Ebola étaient gratuits. Elles étaient aussi associées avec un accueil froid par les soignants et le port des EPI, une pratique créant de la distance entre soignant et patient selon les communautés. Les participants aux études ont également mentionné que la méfiance envers les soignants venait d'Ebola. Selon une minorité d'entre eux, la qualité des soins s'était, au contraire, améliorée, grâce à l'amélioration de l'hygiène dans les structures de santé (lavage de mains, etc.).

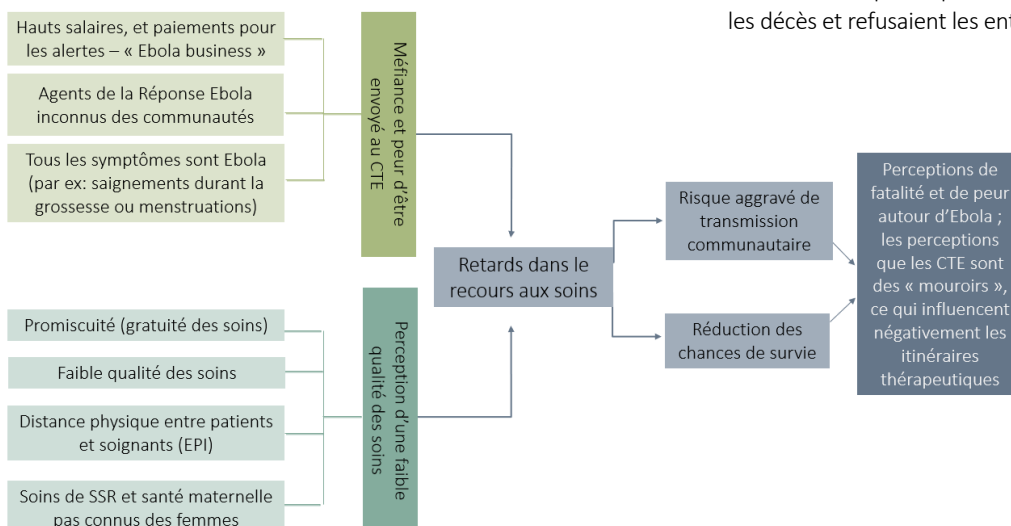
### Impacts sur les comportements en santé

#### Retards dans le recours aux soins

Comme décrit dans chaque obstacle évoqué ci-dessus, les perceptions communautaires d'une moindre qualité des soins, la peur et la méfiance peuvent causer des retards critiques dans le recours aux soins, et dans le pire des cas, conduire à refus de la part des individus malades.

Durant l'épidémie d'Ebola de l'Est de la RDC, les experts médias ont prouvé que, dans le cas où les individus qui retardent leur recours aux soins étaient malades d'Ebola, les délais pouvaient causer une augmentation de la transmission au sein du ménage, de la communauté, ou de la structure de santé (lorsque les patients hospitalisés ne sont pas transférés au CTE).

**Schéma :** cadre conceptuel développé par la CASS sur les causes potentielles des barrières dans le recours aux soins et les conséquences sur la réponse et les communautés.



### Recommandations pour la réponse COVID-19

#### Garantir l'accès aux services de soins primaires (au-delà de la COVID)

Plusieurs rapports ont soulevé la nécessité absolue de garantir que les soins primaires continuent d'être fournis. Pourtant, en dépit de cela, la tenue des campagnes de vaccination est menacée dans de nombreux pays, en raison d'une réorientation des ressources dédiées à la santé publique vers la réponse à la COVID-19. Non seulement il est important de garantir la continuité des services de santé primaire, mais il est aussi primordial de s'assurer que les communautés soient correctement renseignées sur les moyens pour elles d'accéder à ces services en toute sécurité, notamment dans des situations de confinement ou de restrictions de mouvements.

La COVID-19 est une maladie qui requiert attention et soins, toutefois, elle ne constitue qu'une préoccupation parmi d'autres dans la vie et la santé des individus vivant en Afrique sub-saharienne. Les efforts pour combattre la COVID-19 doivent être intégrés et alignés sur les programmes de lutte contre les maladies plus communes dans la région, et parfois plus graves pour la vie des populations.

#### Réticences communautaires et résistance aux activités de réponse

Durant l'épidémie d'Ebola de l'Est de la RDC, la peur et la méfiance envers la Réponse Ebola et les agents de santé aux niveaux communautaire et social ont entraîné des réticences et des résistances aux activités de réponse, ont causé la circulation de rumeurs dans les communautés, et ont pu, dans certains cas, se manifester par des actes de violence. En 2019, plus de 300 attaques contre les équipes de réponse ont été rapportées, y compris des attaques contre les CTE et structures de santé. 06 personnes ont été tuées au cours de ces attaques, et plus de 70 blessés. De plus, des études ont montré les liens entre ces attaques et la transmission, et ont émis l'hypothèse que les résistances ont contribué à perpétuer la propagation du virus. 12 % des répondants ont dit croire que l'épidémie était artificielle, et 72 % n'avaient pas confiance dans la Réponse. Les comportements de résistances s'étendaient également aux pratiques funéraires, avec des individus qui continuaient de toucher les corps des personnes décédées d'Ebola, qui dissimulaient les décès et refusaient les enterrements dignes et sécurisés.



# Recommandations programmatiques pour la réponse à la COVID-19, sur la base des analyses durant l'épidémie d'Ebola de l'Est de la RDC

## Communiquer pour promouvoir des actions pratiques et positives

Pour répondre aux obstacles évoqués ci-dessus, il est essentiel de concentrer les efforts sur une communication claire afin de réduire les peurs et la propagation des rumeurs<sup>8</sup>. Durant la réponse à l'épidémie d'Ebola à l'Est de la RDC, les messages négatifs et générant la peur ont contribué à aggraver une perception fataliste de la maladie parmi les communautés, et que la maladie à virus Ebola équivalait à une condamnation à mort. La communication autour de la gravité de la COVID-19 doit être claire et les messages d'incitation à suivre les bons comportements en santé devraient être motivants, [afin d'encourager les pratiques positives](#). Les comparaisons entre la COVID-19 et les autres maladies connues sur les symptômes, la gravité, les mesures de prévention et le traitement doivent être explicitées, ainsi que des actions concrètes et réalistes que les individus, les ménages et les communautés peuvent s'approprier et mettre en œuvre à leur niveau. La communication de la Réponse devrait évoluer en fonction des besoins en information, identifiés, entre autres, par les recherches en sciences sociales.

## Communication des risques et engagement communautaire (CREC)

- Travailler avec des chercheurs en sciences sociales pour comprendre les pratiques locales autour du recours aux soins, quelles sont les sources et personnes de confiance pour les communautés en ce qui concerne la santé, et comment les impliquer au mieux dans les activités de la CREC.
- Promouvoir les messages positifs dans les langues locales et en utilisant des canaux de confiance, sur la Réponse, sur les mesures de PCI et sur les actions que peuvent prendre les communautés.
- S'assurer que les communautés connaissent et comprennent les signes de forme grave de la maladie, qui requiert une prise en charge médicale et le recours aux soins, mais aussi les formes moins sévères pour lesquelles l'auto-isolement sont prescrites (selon les pays).
- S'assurer que les mesures de santé publique sont comprises, ainsi que leurs raisons et importance, en étant conscient qu'elles peuvent causer des perturbations dans la vie quotidienne.
- Concentrer les activités de CREC sur les groupes à risque, afin d'encourager les bons comportements de santé (notamment la surveillance communautaire et le triage).

- Recruter des travailleurs de santé communautaire locaux, avec la maîtrise des langues locales (s'assurer que les formations adaptées et du matériel pour la protection individuelle sont fournis), pour mener les activités de promotion de la santé et encourager les communautés à continuer à avoir recours aux services de santé pour les soins primaires.
- Former les agents de santé des structures publiques et privées, et leur disponibiliser le matériel nécessaire à la promotion de la santé afin qu'ils puissent sensibiliser leurs patients au sein de la structure.
- Recruter des organisations locales de femmes et de jeunes, impliquer des leaders locaux pour communiquer sur les bonnes pratiques en santé à travers des personnes de confiance.

## Dépistage

- En fonction de la capacité de dépistage de chaque pays, chercher à intégrer le dépistage de la COVID-19 avec les autres tests répandus (paludisme, dengue, choléra), afin de réduire la peur autour de la COVID.
- S'assurer que le dépistage est conduit de la même manière que pour les autres maladies : mêmes lieux, mêmes équipes.

## Soins (COVID-19 et autres)

- Dans le cas où des centres de traitement COVID-19 sont mis en place, il convient de les installer à côté des centres de santé habituels, ou dans des lieux choisis/approuvés par les communautés<sup>9</sup>.
- Prioriser le renforcement des capacités locales (au lieu de compter sur du personnel étranger)
- Fournir du matériel de PCI (notamment des EPI) aux structures de santé et aux travailleurs communautaires en santé afin de réduire les risques d'infection nosocomiale et de renforcer la confiance dans les services de santé.
- Ne pas négliger les services de santé primaire : dans les zones à risque, envisager des options innovantes pour assurer l'accès aux soins de base (déplacer les lieux de consultation, consultation par téléphone, etc.).
- Former les agents de santé à communiquer avec les patients et promouvoir une approche de réponse humaine et bienveillante.

## Conclusion

Les obstacles au recours aux soins identifiés par les recherches en sciences sociales de la CASS durant la réponse à l'épidémie d'Ebola de l'Est de la RDC ont contribué à créer des retards dans la prise en charge pour les individus malades d'Ebola et ceux avec d'autres besoins en santé.

Dans le cadre de la Réponse à la COVID-19 dans les pays d'Afrique sub-saharienne, les stratégies doivent intégrer des réponses pour limiter les obstacles mentionnés et réduire les potentiels impacts primaires et secondaires, afin que l'accès des populations aux soins soit préservé et garanti.

<sup>8</sup> Voir le Brief 3 de la même série : Recommandations liées à la COVID-19 pour les programmes humanitaires d'après les données issues des sciences sociales en épidémies.

<sup>9</sup> Il sera primordial d'évaluer rapidement les perceptions communautaires et les suggestions autour de la construction potentielle de nouveaux centres pour le traitement de la COVID-19 ou l'utilisation de centres déjà existants.

## La Cellule d'Analyses en Sciences Sociales (CASS) : nous contacter

Pour toute requête ou question en lien avec la CASS au sujet des briefings, des outils ; pour demander un appui technique ou analytique supplémentaire ; pour être intégré dans le réseau des partenaires de recherche de la CASS, contacter par email : Simone Carter ([scarter@unicef.org](mailto:scarter@unicef.org)) et Jerome Pfaffman Zambruni ([jpfaffmann@unicef.org](mailto:jpfaffmann@unicef.org)).

Les contributeurs principaux de la CASS incluent des membres de GOARN-Recherche ([nina.gobat@phc.ox.ac.uk](mailto:nina.gobat@phc.ox.ac.uk)), OMS ([ngoundoungj@who.int](mailto:ngoundoungj@who.int)), Anthrologica ([oliviattulloch@anthrologica.com](mailto:oliviattulloch@anthrologica.com)), MSF-Epicentre ([Pascale.LISSOUBA@epicentre.msf.org](mailto:Pascale.LISSOUBA@epicentre.msf.org)), HHI ([ppham@hsph.harvard.edu](mailto:ppham@hsph.harvard.edu); [pvinck@hsph.harvard.edu](mailto:pvinck@hsph.harvard.edu)), Gillian McKay from LSHTM ([Gillian.Mckay@lshtm.ac.uk](mailto:Gillian.Mckay@lshtm.ac.uk)), TWB ([christine@translatorswithoutborders.org](mailto:christine@translatorswithoutborders.org)), ITM ([WVDamme@itg.be](mailto:WVDamme@itg.be), [vvanlerberghe@itg.be](mailto:vvanlerberghe@itg.be)), FICR ([ombretta.baggio@ifrc.org](mailto:ombretta.baggio@ifrc.org)), NOVETTA ([roneill@novetta.com](mailto:roneill@novetta.com)).