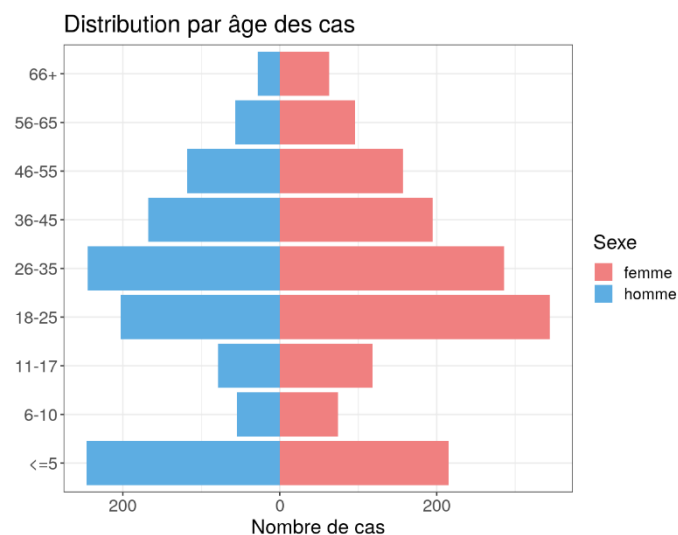
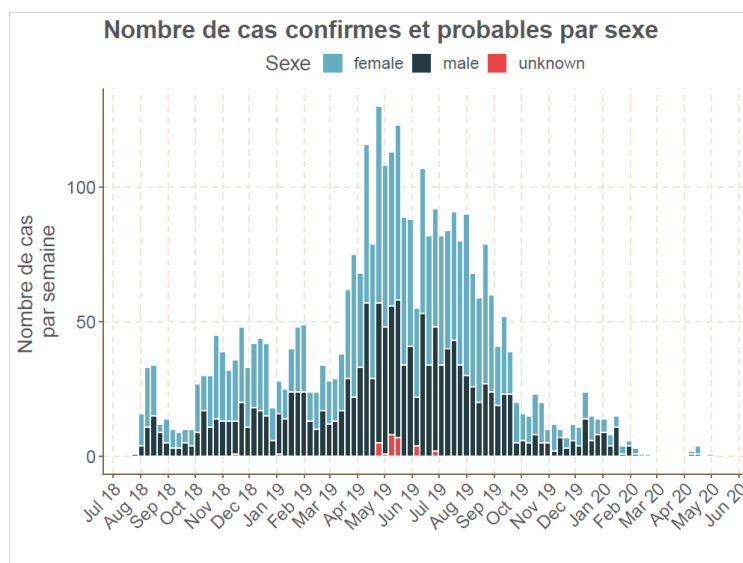


## Perceptions des risques liés à la MVE chez les femmes et implication dans la Réponse Ebola

Au début de l'épidémie de maladie à virus Ebola (MVE) dans le Nord-Kivu et l'Ituri, en République démocratique du Congo (2018-2020), les données épidémiologiques ont montré que les femmes étaient disproportionnellement affectées (voir graphs ci-dessous). Les recherches en sciences sociales menées à partir de 2018 ont mis en lumière les différents facteurs qui peuvent expliquer ce déséquilibre afin de pouvoir apporter des solutions.



Source : Cellule épidémiologique (OMS-Ministère de la Santé) – à gauche, mai 2020, à droite, mars 2020.

### 1. LES FEMMES SONT PLUS EXPOSÉES AU RISQUE D'INFECTION

Tout d'abord, les analyses du contexte ont montré que les **femmes du Nord-Kivu sont les donneuses de soins aux malades** à la maison et dans la société ; elles rendent visite aux malades de leurs familles proches dans des structures de soins, tout comme à ceux des amis et voisins, leur apportent des repas faits à la maison. Pour les enfants hospitalisés, elles font office systématiquement de garde-malade.

De plus, les recherches conduites<sup>1</sup> tout au long de l'épidémie sur les itinéraires thérapeutiques ont révélé que l'automédication est la pratique la plus courante en premier recours en cas de maladie au sein du ménage ; et cela, pour des signes similaires aux symptômes initiaux de la MVE, notamment la fièvre. L'automédication consiste à administrer des comprimés à la maison, mais aussi souvent à pratiquer des traitements à base de plantes médicinales.

<sup>1</sup> Etudes sur perceptions et utilisation des services de santé menées à Béni en décembre 2019 (disponible [ici](#)) et à Butembo en novembre 2019 (disponible [ici](#)). Etude sur « Orienter les communautés vers les FOSA appuyées en PCI » en mars 2020 à Béni et Mangina ([ici](#)).



Cette phase peut durer jusqu'à 5 jours dans les zones rurales (zone de Mabalako par exemple). En tant que donneuses de soin, **les femmes sont les responsables de l'administration de cette automédication.**

Il est en outre apparu que les femmes âgées sont responsables « d'arranger » le corps des personnes décédées avant son exposition en public ; cette opération consiste très souvent à fermer la bouche et les yeux, corriger la posture, etc.

**Par leur rôle social, les femmes sont davantage exposées aux risques de transmission**, et c'est une situation dont elles ont conscience. Les études quantitatives de perceptions et comportements menées auprès des femmes par la CASS en juillet 2019<sup>2</sup> montrent que la grande majorité des femmes pensent qu'elles sont le groupe dans la population le plus à risque d'attraper la MVE : 88 % des femmes interrogées à Bunia-Rwampara et 75 % à Béni rapportent que les femmes sont plus à risque. Cela s'explique par leur rôle de donneuses de soins selon la majorité des répondantes dans les deux zones, mais aussi parce qu'elles ne reçoivent pas le vaccin selon 100 % des répondantes à Béni (voir ci-dessous).

## 2- ELLES MANQUENT D'INFORMATIONS

Ces mêmes études ont montré que **certaines informations clefs sur la MVE manquaient aux femmes.** D'abord, comme mentionné ci-dessus, il existe des **incompréhensions autour du vaccin** parmi la population<sup>3</sup>. L'existence du vaccin contre la MVE est connue de tous, toutefois, de nombreux doutes subsistent autour de son efficacité, de son fonctionnement et plus précisément, autour **des cibles de la vaccination et des personnes éligibles au vaccin.** En ce qui concerne les femmes, jusqu'en juin 2019, les femmes enceintes et allaitantes n'étaient pas éligibles à la vaccination, ce qui a pu causer la **perception relevée dans l'étude à Béni que les femmes ne recevaient pas le vaccin**<sup>4</sup>. **La croyance parmi les femmes qu'elles ne sont pas du tout éligibles à la vaccination, bien qu'elle soit fautive, peut avoir un impact sur la vaccination réelle : bien que des rings de vaccination soient disponibles, les femmes ne s'y rendront pas.**

Par ailleurs, des manques d'information ont été relevés dans d'autres domaines. D'après les études citées ci-dessus, en juillet 2019, **dans la zone de Béni, moins de 25 % des femmes avaient reçu des informations sur les symptômes de la MVE**, et autour de 50 % seulement dans la zone de Bunia-Rwampara. Les symptômes tels que le vomissement, la diarrhée, les maux de tête et la fièvre étaient connus par la grande majorité des femmes interrogées ; toutefois, les signes moins sévères tels que les douleurs articulaires et musculaires étaient largement moins connus. **La connaissance détaillée des symptômes de la MVE par les femmes, notamment des signes initiaux, est primordiale en raison de leur rôle de donneuses de soins au foyer. En effet, leur donner les capacités de détecter la MVE dès les premiers signes permet aux femmes de se protéger des risques d'infection dans leur propre foyer.** Cela peut aussi contribuer à diminuer les délais dans la prise en charge au Centre de traitement Ebola (CTE).

D'autre part, on constate aussi un manque de compréhension sur les modes de transmission de la MVE. A titre d'exemple, en juillet 2019 seulement 12 % des femmes à Béni et 18 % des femmes à Bunia citent la préparation de l'enterrement comme lieu de transmission de la MVE.

---

<sup>2</sup> Etude quantitative Perceptions et comportements sur les connaissances, attitudes et pratiques des femmes à Bunia et Rwampara en juillet 2019 (disponible [ici](#)) et à Béni (disponible [ici](#)).

<sup>3</sup> Cela est aussi vrai dans la population générale, pas seulement chez les femmes. Voir la note de la CASS sur les refus à la vaccination, [ici](#).

<sup>4</sup> Etude quantitative Perceptions et comportements sur les connaissances, attitudes et pratiques des femmes à Béni en juillet 2019 (disponible [ici](#)).



La conséquence de ce manque d'information est **une capacité limitée pour les femmes à se protéger de la contamination** – alors même qu'elles sont plus à risque. En effet, **sans connaissance et compréhension de la maladie, elles n'ont pas la capacité d'identifier, de détecter la maladie chez elles-mêmes**, ce qui peut entraîner des délais dans l'itinéraire thérapeutique, dans la remontée d'alerte et la prise en charge au CTE – et ce qui augmente les risques de contamination communautaire pour elles et réduit les chances de survie.

### **3 – POURQUOI SONT-ELLES MOINS INFORMÉES ? DES STRATÉGIES MAL ADAPTÉES ET PEU INCLUSIVES**

Il a été constaté que les interventions de réponse n'ont pas pris en compte la situation spécifique des femmes dans l'épidémie, tant dans la dimension opérationnelle qu'au niveau de la communication des risques.

Dans le domaine de la communication des risques, on note **l'absence de messages conçus et destinés spécifiquement aux femmes**. Certaines associations de femmes ont été sollicitées pour faire de la communication des risques auprès femmes<sup>5</sup>, cependant les messages étaient les mêmes que pour le reste de la population. Or, nous avons vu que les femmes sont confrontées à des risques bien particuliers en raison de leur rôle de s'occuper des malades dans le foyer et dans les structures sanitaires. **C'est pourquoi les messages destinés aux femmes devraient proposer des solutions concrètes et ancrées dans le quotidien pour que les femmes puissent se protéger contre la MVE**, par exemple « que faire si un membre de la famille tombe malade dans la nuit ? ».

Il est d'autant plus important de penser des approches spécifiques aux femmes qu'elles ne reçoivent pas les messages de la même manière que les hommes. Les recherches menées par l'organisation Traducteurs Sans Frontières<sup>6</sup> ont montré que **les femmes comprennent mieux le swahili congolais et le nande** que le swahili standard (tanzanien ou kenyan) et français ; lorsque ces deux langues sont utilisées, particulièrement à l'écrit, elles ont plus de difficultés à comprendre les messages.

De manière générale, **les femmes n'ont pas été incluses de manière significative et systématique dans les interventions** de Réponse, de surveillance, de prévention et contrôle des infections, de communication des risques. Pourtant, des efforts ont été faits dans les différents domaines pour que les femmes soient représentées : les cellules d'action communautaire (CAC) par exemple, sont constituées à 30 % minimum de femmes, et des associations de femmes ont participé à des projets, notamment dans le cadre des activités de soutien psychosocial. Cela dit, ces actions n'ont pas été menées à assez grande échelle ni assez systématiquement pour résulter en un véritable engagement communautaire des femmes. Les données issues des études quantitatives et du feedback communautaire indiquent que **la grande majorité des femmes ne reste que destinataire des activités et non pas leader, véritablement associée dans la prise de décision (coordinations stratégiques et opérationnelles)**. De ce fait, **les femmes et leurs interventions n'ont pas d'influence réelle sur les modalités d'interventions, que ce soit au sein de la Réponse Ebola ou dans leurs communautés**.

---

<sup>5</sup> Par exemple, les femmes leaders des 22 associations féminines de Butembo et les femmes de la Coalition des Associations Féminines (CAF) de Beni engagées depuis septembre 2018, à travers une stratégie « les femmes écoutent et parlent aux femmes ». Leurs activités incluent les sensibilisations de masse, débats communautaires, causeries éducatives, visites porte-à-porte, émissions de radio qu'elles animent. La cible est principalement : les propres associations des femmes, les femmes de différentes professions : vendeuses, coiffeuses, policiers, jeunes, paysannes, élèves, etc. (source : Commission Communication de la Réponse Ebola)

<sup>6</sup> Pour accéder au rapport complet de Traducteurs sans Frontières (Translators without Borders) sur la communication des risques dans l'épidémie d'Ebola : <https://drive.google.com/open?id=13JfWFHhQJoyxoy84RLWNCnPKLe0PkWm>



## FEMMES ENCEINTES ET ALLAITANTES , OUBLIÉES DANS LA RÉPONSE EBOLA ?

« Vous nous dites de nous protéger avec le vaccin, puis vous nous dites que nous ne pouvons pas avoir le vaccin. Donc, il ne nous reste rien. » (FGD femmes enceintes et allaitantes, Béni, oct. 2018)

Les analyses en sciences sociales menées à Béni dès octobre 2018 ont mis en lumière **le manque de prise en compte des femmes enceintes et allaitantes dans la Réponse, et ses conséquences graves.**

Les femmes enceintes et allaitantes n'étaient initialement pas éligibles à la vaccination (vaccin Merck) – jusqu'en juin 2019.

- Ne pouvant pas recevoir le vaccin, **elles n'étaient pas listées par les équipes de listage des contacts** de cas confirmés. En conséquence, elles n'ont **pas bénéficié d'un suivi journalier pendant les 21 jours** d'incubation comme les autres contacts ; ce qui peut causer des retards dans la détection, remontée d'alerte et prise en charge au CTE.
- Elles n'étaient **pas non plus comptabilisées par les équipes de vaccination lors de l'organisation des rings de vaccination** dans les communautés (pas de rapportage des personnes non-éligibles dans les rapports de performance des équipes de vaccination).
- Jusqu'en juin 2019, les **recommandations faites aux femmes contacts de cas confirmés étaient de continuer l'allaitement jusqu'à l'apparition des symptômes – au lieu d'arrêter l'allaitement et de recevoir le vaccin** afin de potentiellement réduire le risque d'infection pour elles-mêmes et leur enfant. De plus, les études en sciences sociales ont montré que les symptômes de la MVE sont mal-connus parmi les communautés, ce qui peut rendre difficile pour les femmes d'arrêter l'allaitement au meilleur moment pour se protéger.
- **Aucune option de sevrage et d'assistance n'était proposée aux femmes allaitantes si elles souhaitaient recevoir le vaccin** – et cela même pour les femmes travailleuses en santé et personnel de première ligne. Les études ont montré que certaines d'entre elles avaient décidé d'elles-mêmes d'arrêter l'allaitement pour pouvoir se faire vacciner. Mais la majorité des femmes n'ont pas eu cette option, faute de moyens financiers.

Grâce au plaidoyer de la CASS, dès **décembre 2018, les équipes de vaccination ont commencé à comptabiliser les femmes non-éligibles** pour chaque ring de vaccination organisé. **Des kits de sevrage ont été proposés aux femmes allaitantes personnel de première ligne et travailleuses en santé** qui souhaitaient recevoir le vaccin.

En juin 2019, le protocole de vaccination a été modifié pour **permettre aux femmes enceintes dans leur premier trimestre de se faire vacciner.**