

Considérations clés : Communication des risques et engagement communautaire pour la vaccination contre la mpox dans l'est de la République démocratique du Congo

SSHAP

Social Science
in Humanitarian
Action Platform

Cette note stratégique présente des considérations sociales et politiques pour la conception et la mise en œuvre de stratégies de communication des risques et d'engagement communautaire (CREC) liées à la vaccination contre la mpox en République démocratique du Congo (RDC). Une flambée épidémique de mpox (clade I) à l'échelle nationale a été déclarée fin 2022 et touche désormais 23 de ses 26 provinces.¹ En particulier, la flambée épidémique est caractérisée par une transmission interhumaine généralisée, contrairement aux précédentes, qui impliquaient principalement un contact animal-humain.²

Tandis que des foyers de mpox émergent dans tout le pays, cette note stratégique se concentre sur l'est de la RDC. Cette région est caractérisée par des défis importants, tels que des antécédents politiques complexes et un conflit armé en cours, – ainsi que par un manque d'infrastructures et par l'isolement rural de nombreuses communautés. Ces défis exigent des stratégies conçues et adaptées avec précaution. En outre, une souche du virus de la mpox mutée et plus virulente est également apparue dans la province orientale du Sud-Kivu. Bien que de manière générale, il reste peu de choses à savoir sur la dynamique de transmission de l'épidémie, la transmission par voie sexuelle de la nouvelle souche est préoccupante, et fait courir un risque aux populations stigmatisées telles que les travailleurs du sexe, ainsi qu'à d'autres groupes.³ Toutefois, dans l'ensemble, les enfants sont la population la plus touchée, la transmission étant associée à un contact physique étroit.¹ Au même titre que les femmes enceintes et les personnes immunodéprimées (p. ex., les personnes atteintes du VIH/SIDA), les enfants sont également exposés à un risque accru de complications et de décès.¹

L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) recommande des approches de vaccination ciblées dans le contexte des flambées épidémiques de mpox, y compris en tant que prophylaxie post-exposition pour ces populations.⁴ Le ministère de la Santé publique de la RDC a annoncé son intention de vacciner les enfants et les adultes avec les vaccins contre la mpox LC16 et MVA-BN, respectivement, par le biais d'une autorisation d'utilisation d'urgence temporaire, étant donné que ces vaccins ne sont pas encore approuvés dans le pays.¹ Actuellement, les efforts se mobilisent pour concevoir des vaccins et des interventions de CREC connexes.

Cette note stratégique s'appuie sur une [Table ronde de la SSHAP sur la mpox en RDC \(mai 2024\)](#),⁵ une consultation avec des spécialistes des sciences sociales, des professionnels de la santé et des intervenants de l'aide humanitaire actifs au sein de la région, ou bien informés sur la région et la flambée épidémique, ainsi que sur des publications universitaires et la littérature grise.

Considérations clés

- **La priorisation de la CREC fondée sur des données probantes favorise le ciblage et l'adaptation efficaces des interventions.** Les intervenants locaux de la santé devraient être soutenus par des données épidémiologiques en temps réel. Ces données sont essentielles pour comprendre qui est à risque et, par conséquent, peuvent indiquer comment et où cibler et adapter les initiatives de CREC pour des populations spécifiques et des contextes sociaux à l'échelle locale.
- **Collaborer avec des intervenants locaux de confiance qui peuvent s'orienter à travers des dynamiques sociales et politiques complexes pour diriger les initiatives de CREC et de vaccination peut favoriser la confiance et l'efficacité.** L'incapacité du gouvernement et des acteurs humanitaires et de la paix internationaux à protéger les populations touchées

par le conflit a contribué, à juste titre, à ébranler la confiance des populations vis-à-vis des « étrangers ».

- **Reconnaître les préoccupations plus générales et soutenir les priorités des populations locales au-delà de la vaccination contre la mpox, peut améliorer la confiance et permettre d'obtenir de meilleurs résultats en matière de santé, de sécurité et de bien-être.** À l'inverse, les ripostes précédentes contre le virus Ébola et la COVID-19 ont été ressenties par beaucoup comme étant nettement décalées par rapport aux priorités locales, ce qui a engendré le désengagement et l'opposition.
- **Accorder la priorité aux solutions de sécurité communautaires pour les activités de riposte démontre un engagement vis-à-vis des intérêts des populations locales.** À l'inverse, les activités de riposte sécurisées impliquant les forces armées de l'État, la police ou d'autres intervenants armés peuvent être considérées comme une riposte « prenant le parti » de groupes perçus ou ressentis comme étant exploités, abusifs et/ou liés au conflit.
- **La participation des communautés aux discussions et à la prise de décisions sur la vaccination et les stratégies de CREC peut favoriser la confiance et l'engagement.** Il est important de clarifier les motifs des approches ciblées en matière de vaccination, ainsi que la manière de mobiliser différents groupes communautaires. Les échecs passés ont alimenté des rumeurs concernant des motifs cachés et des intentions malveillantes.
- **La mise en œuvre d'une CREC inclusive qui correspond à la diversité au sein des communautés et qui y est sensible peut favoriser une portée plus étendue.** L'utilisation de langues parlées localement et d'approches culturellement adaptées peut atteindre des populations plus nombreuses et diversifiées – qui sont susceptibles de provenir de toute la RDC et des pays voisins – tout en renforçant la confiance.
- **Des stratégies de CREC bien adaptées aux enfants et aux femmes potentiellement enceintes – dont la vaccination est susceptible de provoquer une anxiété communautaire – peuvent atténuer les préoccupations et y répondre.** Ces stratégies devraient comprendre un dialogue honnête sur ce que l'on sait de l'innocuité et de l'efficacité des vaccins disponibles parmi ces groupes, tout projet de recherche connexe et la façon dont les résultats seront surveillés de façon transparente.
- **Il est important d'éviter et de contrer le fait que la mpox est une maladie principalement sexuellement transmissible afin d'atténuer la stigmatisation et la fausse impression de sécurité.** À l'inverse, une trop grande attention portée à la transmission sexuelle et/ou aux populations clés présentant un risque élevé de contracter le virus de la mpox (p. ex., les travailleurs du sexe) peut exacerber la stigmatisation à leur égard, créer une fausse impression de sécurité, entre autres, et dissuader la vaccination.
- **La mise en œuvre d'un engagement ciblé et discret avec les groupes stigmatisés présentant un risque de contracter le virus de la mpox aidera à les atteindre et à atténuer la stigmatisation.** Identifier et collaborer avec des personnes et des réseaux auxquels les groupes stigmatisés font confiance, en reconnaissant que ces populations sont diversifiées (par exemple, les travailleurs du sexe vont des professionnels à ceux qui ont des rapports sexuels monnayés occasionnels).
- **La priorité accordée à la participation des travailleurs de la santé locaux à la CREC et à la vaccination renforce la protection et la confiance.** Les professionnels de la santé (y compris les praticiens formels et informels, biomédicaux et traditionnels) sont confrontés à un risque accru d'infection et sont souvent des relais communautaires fiables. La priorisation de leur vaccination et leur participation significative à la riposte peuvent contribuer à améliorer l'efficacité globale.
- **L'intégration de la CREC et de la vaccination contre la mpox parmi les services existants peut aider à atteindre les populations vulnérables.** Par exemple, les personnes atteintes du VIH/SIDA et les femmes enceintes qui sont davantage vulnérables aux

complications causées par la mpox peuvent être contactées par le biais des programmes VIH/SIDA existants et des services de soins prénataux. L'intégration de la CREC et de la vaccination contre la mpox aux services de vaccination systématique, qui devraient également être encouragés, peut également favoriser l'engagement et l'adoption.

- **La mise en œuvre d'activités de CREC et de vaccination diffusées et mobiles ou éphémères contribue à améliorer l'accès pour les populations isolées et déplacées.** Les émissions radio avec participation téléphonique des auditeurs offrent des opportunités de dialogue anonyme, tandis que les activités mobiles adaptées aux réalités des populations (par exemple, programmées en fonction des horaires de travail et de l'administration des soins) peuvent aider à atteindre ceux qui sont dans l'incapacité de ou qui ne sont pas disposés à se déplacer en raison de ressources limitées, de préoccupations en matière de sécurité ou autres priorités.
- **Une surveillance étroite des développements politiques et des conflits permet une adaptation rapide des activités de riposte.** Les événements mondiaux, nationaux et locaux – comme par exemple les élections ou les explosions de violence ou les flambées épidémiques d'autres maladies – peuvent influencer la manière dont les populations perçoivent la riposte contre la mpox et la vaccination. Par exemple, l'adaptation réactive pourrait permettre d'identifier, de repérer et de répondre aux récits et aux rumeurs qui relient la dynamique du conflit à la vaccination.
- **La mise à jour continue de la CREC pour intégrer les nouvelles connaissances sur l'innocuité et l'efficacité des vaccins favorise la confiance et la prise de décision éclairée.** Cela est particulièrement important compte tenu de la nouvelle souche du virus mpox ainsi que des caractéristiques uniques de la flambée épidémique en cours (à savoir, la propagation à grande échelle au sein de la communauté), et du fait que l'efficacité et le profil d'innocuité du vaccin ne sont pas encore entièrement établis.
- **La participation des communautés à la conception de la recherche et à la prise de décision contribue à atténuer les préoccupations concernant l'expérimentation et à renforcer la confiance.** Les caractéristiques inédites de la flambée épidémique sont susceptibles de nécessiter des recherches parallèlement à la vaccination et à d'autres initiatives de riposte. Cela exige une communication transparente concernant les activités de recherche qui impliquent les communautés dans les discussions au sujet de l'éthique, de la conception et de la mise en œuvre du protocole.

Contexte social et campagnes de vaccination contre la mpox

Cette section examine certains aspects importants du contexte social, économique et politique qui déterminent la manière dont les populations au sein des régions touchées perçoivent, accèdent et participent aux campagnes de vaccination contre la mpox.

Disponibilité et accès limités à des soins de santé de qualité

Système de santé formel insuffisant. La disponibilité des soins de santé formels en RDC est limitée. C'est particulièrement le cas dans les régions éloignées, comme celles touchées par la flambée épidémique de mpox en cours, où les centres médicaux sont particulièrement rares. Parmi les défis supplémentaires, l'on peut citer le manque de matériel et d'équipements médicaux, les ressources financières limitées pour les médicaments, la rémunération du personnel et les coûts d'exploitation des établissements.⁶ Le conflit exacerbe ces défis dans le Sud-Kivu où les travailleurs de la santé craignent des attaques.⁷ Pour ces raisons, certaines personnes n'ont pas confiance dans le système de santé publique formel.⁸

Ressources financières limitées parmi la population. De nombreuses personnes ont des difficultés à payer la participation forfaitaire, le transport et d'autres coûts associés à l'accès aux services de santé formels.⁶ Par conséquent, le traitement des problèmes de santé urgents ou

Considérations clés : CREC pour la vaccination contre la mpox dans l'est de la RDC, juillet 2024,

www.doi.org/10.19088/SSHAP.2024.032

Social Science in Humanitarian Action Platform

courants mais prioritaires – comme le paludisme, les maladies respiratoires ou diarrhéiques et le VIH/SIDA – peut s'avérer onéreux et hors de portée pour beaucoup. C'est la raison pour laquelle les populations sont susceptibles de se sentir méfiantes vis-à-vis des motifs de ceux qui proposent des services de vaccination gratuits et accessibles contre la mpox. Les degrés de suspicion peuvent être accrus dans le cas où les populations ne perçoivent pas la mpox comme un risque pour elles-mêmes ou les membres de leur famille.

Soins de santé privés. En partie en raison des limites du système de santé formel, le premier recours aux soins de santé ou aux conseils de santé pour de nombreuses personnes est aux vendeurs de médicaments informels plus accessibles et abordables, aux herboristes ou aux guérisseurs spirituels, et/ou à l'automédication avec des remèdes naturels.⁸ C'est particulièrement le cas parmi les groupes les plus pauvres. En plus des coûts, les préférences pour les soins traditionnels ou les préoccupations concernant la qualité des soins du secteur public peuvent amener d'autres personnes à éviter ce système de santé formel.⁸ À cela s'ajoute la crainte de la discrimination dans les établissements de santé pour certains groupes. Les prestataires informels ou coutumiers sont généralement plus fiables et accessibles, il est donc important de les engager dans les activités de CREC pour la vaccination contre la mpox.

Implications pour la CREC et la vaccination contre la mpox :

- Les initiatives concernant la CREC peuvent être ajustées pour communiquer clairement le risque de contracter la mpox et la nécessité de la vaccination ainsi que d'autres actions de protection, tout en les reconnaissant et en en discutant dans le contexte d'autres priorités de santé communautaires locales. Par exemple, le fait de concilier la communication sur la vaccination contre la mpox avec l'accent constant mis sur l'importance de la vaccination systématique permet de garantir que l'accent mis sur la flambée épidémique de mpox ne réduit pas par inadvertance la prise d'autres vaccins essentiels.
- Les informations, l'accompagnement ou les ressources disponibles pour accéder à la prévention et aux soins de qualité pour d'autres problèmes sanitaires peuvent être mis en évidence par le biais des activités de CREC contre la mpox, ce qui démontre de la diligence à l'égard des communautés.
- Il est important de faire participer les travailleurs de la santé formels et informels locaux aux activités d'engagement communautaire autour de la vaccination contre la mpox afin de s'assurer que les informations concernant la vaccination sont largement disponibles, comprises et reconnues.⁹

Stigmatisation et discrimination

Transmission par voie sexuelle et stigmatisation. Le contact sexuel semble être une voie de transmission importante au Sud-Kivu.¹ La transmission par voie sexuelle n'est actuellement pas disponible sur les formulaires d'enquête sur les cas et nécessite une enquête supplémentaire spécifique pour laquelle les ressources sont actuellement très limitées. Ainsi, la proportion de cas résultant de la transmission par voie sexuelle est actuellement inconnue. Néanmoins, les travailleurs du sexe dans et aux alentours des villes minières semblent être particulièrement vulnérables à l'infection.¹ Il est difficile de savoir si la transmission se produit de manière significative parmi les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HARSAH) à ce stade. La transmission associée aux HARSAH a été signalée en RDC au début de la flambée épidémique.¹⁰ En outre, le virus de la mpox a été associé aux HARSAH dans les médias et par les acteurs de la santé mondiale lors de l'épidémie mondiale survenue en 2022-2023.¹¹ Ces rapports sont susceptibles d'alimenter les préjugés locaux selon lesquels la maladie toucherait principalement les HARSAH. Les participants à la table ronde de la SSHAP (mai 2024)⁵ ont indiqué que les travailleurs du sexe et les HARSAH étaient confrontés à la stigmatisation en RDC, y compris au sein des établissements de santé,^{12,13} et que cette stigmatisation était susceptible de dissuader ces groupes d'avoir recours aux soins et à la prévention.

Dynamique de genre et de pouvoir. Les participants à la table ronde de la SSHAP (mai 2024)⁵ ont indiqué que les femmes issues des communautés minières touchées étaient susceptibles d'avoir des relations sexuelles monnayées à différents degrés. Certaines femmes peuvent s'adonner à des activités sexuelles monnayées à temps plein et de manière plus formelle (p. ex., elles sont déployées dans les villes par des « marraines »), tandis que d'autres ne le font que de manière occasionnelle pour compléter leur revenu provenant d'autres moyens de subsistance, généralement, des activités liées à l'exploitation minière. Les emplois dans le secteur minier pour les femmes peuvent être les tâches minières les moins rémunérées et les moins considérées, telles que le concassage de la pierre. Les femmes connues pour se livrer à des relations sexuelles monnayées sont susceptibles d'être exclues des associations féminines. Le faible revenu et le statut inférieur généralisés des femmes, ainsi que le statut encore plus inférieur des femmes engagées dans le travail du sexe, peuvent accroître la vulnérabilité à la stigmatisation et à la discrimination associées à la mpox et à la vaccination contre la mpox.

Implications pour la CREC et la vaccination contre la mpox :

- Les populations sont susceptibles de ne pas se sentir en confiance quant au fait de se faire vacciner contre la mpox, car elles craignent que les autres sachent ou supposent qu'elles sont engagées dans des relations sexuelles monnayées ou qu'elles sont des HARSAH et qu'elles pratiquent de la discrimination à leur égard.
- Toute activité de RCCE qui accentue outre mesure une association entre la mpox et ces groupes ou la transmission par voie sexuelle en tant que principal mode de transmission présente le risque d'exacerber ces associations ainsi que les obstacles à la vaccination.
- Une concentration excessive sur les HARSAH, les relations sexuelles monnayées et le travail du sexe peut créer une fausse impression de sécurité chez les personnes qui ne font pas partie de ces groupes, ce qui engendre l'idée reçue selon laquelle elles ne sont pas vulnérables à la maladie et qu'elles peuvent donc s'abstenir de se faire vacciner.

Populations diversifiées

Tensions intercommunautaires potentielles. La RDC compte plus de 250 groupes ethniques. Des tensions intercommunautaires peuvent survenir, notamment entre les groupes considérés comme « autochtones » et « non autochtones », des distinctions enracinées dans l'héritage colonial.¹⁴ Ces tensions sont susceptibles d'être déclenchées par la concurrence pour les ressources, l'influence politique ou l'accès à la terre, ainsi que par la dynamique de conflit plus large, y compris les actions de l'armée nationale et/ou d'autres groupes armés.¹⁴ Par exemple, les Banyamulenge – un groupe minoritaire du Sud-Kivu présent depuis le début des années 1800 – sont néanmoins perçus comme des « étrangers » tutsis du Rwanda par d'autres groupes locaux, tels que les Babembe, les Bafuliro, les Banyindu et les Bavira.¹⁵ Les conflits relatifs à la terre, à la représentation politique et aux droits ont engendré des attaques violentes, la destruction de biens et des déplacements.¹⁵

Les experts consultés dans le cadre de cette note stratégique ont mis en évidence le fait que des tensions similaires mais moins médiatisées existent dans d'autres régions du Sud-Kivu. Par exemple, des conflits fonciers ont émergé entre différents clans Barega concernant la gestion des collines et des sites minières au sein du territoire de Mwenga, notamment aux alentours de la ville de Kamituga, qui a été fortement touchée par le virus de la mpox. En outre, il existe des tensions entre les populations locales Barega de Mwenga et Shabunda et les populations Bashi qui ont migré de Walungu, Kabara et Bukavu pour travailler dans ces régions. Ces conflits localisés au sujet des ressources et des perspectives économiques illustrent la dynamique complexe qui peut avoir une incidence sur les relations communautaires et potentiellement sur les interventions sanitaires.

Les tensions intercommunautaires pourraient être exacerbées par une riposte contre les maladies infectieuses mal planifiée, comme par exemple les stratégies de CREC ou de

vaccination perçues comme favorisant injustement certains groupes, ou si la vaccination de groupes spécifiques est interprétée à tort comme une forme de préjudice ciblé.

Communautés transfrontalières diversifiées. Certaines régions touchées par le virus de la mpox, comme les villes minières de la province du Sud-Kivu, se caractérisent non seulement par leur diversité ethnique, mais également par la diversité des résidents et des visiteurs en provenance de toute la RDC et des pays voisins. Les migrants peuvent être attirés par les activités de subsistance (par exemple, l'exploitation minière, l'agriculture, les marchés, le travail du sexe) ou d'autres activités sociales, ou ils sont susceptibles de fuir le conflit. Cela peut signifier la présence d'un mélange de personnes ayant des antécédents linguistiques, culturels et religieux différents, ainsi que des interprétations, des perceptions et des expériences différentes des flambées épidémiques de maladies infectieuses et de la riposte contre ces flambées épidémiques, y compris la vaccination.

Implications pour la CREC et la vaccination contre la mpox :

- Il est essentiel de comprendre les communautés locales, y compris les tensions préexistantes entre les groupes ethniques ou migrants, afin de garantir que les activités de CREC et les campagnes de vaccination n'exacerbent pas ces tensions par inadvertance en étant perçues comme favorisant ou ciblant certains groupes. Cela exige un engagement transparent et inclusif avec tous les groupes.
- Il est essentiel de collaborer avec les intervenants locaux pour comprendre les populations locales, y compris les différentes cohortes de migrants, de travailleurs ou d'autres groupes sociaux, ainsi que les langues, et les canaux de communication et d'engagement qui sont les plus pertinents pour eux. Par exemple, en plus des activités de CREC en kiswahili et en kibembe (langues couramment parlées parmi les populations de l'est de la RDC), le lingala, le tshibula, le kinyarwanda et le kirundi peuvent également être importants, en fonction de la démographie locale.
- L'engagement basé sur le dialogue avec différents groupes peut aider à identifier les différentes compréhensions, perceptions, pratiques et priorités qui sont susceptibles d'émerger parmi les cohortes locales concernant le virus de la mpox et la vaccination contre la mpox. Cela peut aider les intervenants de la CREC à adapter leurs activités pour répondre aux différents besoins de la population.

Conflit et méfiance

Obstacles aux acteurs de la santé et aux intervenants humanitaires. Les conflits violents et l'instabilité dans l'est de la RDC, y compris au Sud-Kivu, ont rendu difficile les activités des acteurs de la santé et des intervenants humanitaires en raison de menaces directes et de préoccupations d'ordre général en matière de sécurité. Les populations locales sont également susceptibles d'hésiter à se déplacer pour accéder à des soins ou à la vaccination contre la mpox, ou pour tout autre problème de santé. De nombreuses zones rurales sont effectivement contrôlées par des groupes armés, avec lesquels peu d'intervenants humanitaires sont parvenus à négocier l'accès aux populations au sein de ces zones. En effet, de nombreuses agences humanitaires ont complètement cessé leurs opérations.¹⁶ Ces conditions constituent un défi pour les intervenants au sein de la région, y compris ceux qui participent aux activités de CREC et aux campagnes de vaccination. Pour plus de détails à ce sujet, voir la section suivante sur les enseignements tirés des ripostes contre le virus Ébola et la COVID-19.

Méfiance à l'égard des intervenants extérieurs et/ou militarisés. Le conflit à long terme et l'incapacité des intervenants nationaux et externes à fournir une protection significative aux populations locales ont engendré la méfiance de nombreux intervenants internationaux, y compris des organisations humanitaires.¹⁷ La « mission pour la stabilisation » des Nations Unies, MONUSCO, est perçue par beaucoup comme n'ayant pas réussi à protéger la population, agissant davantage comme un niveau supplémentaire de maintien de l'ordre et/ou poursuivant ses propres intérêts économiques.¹⁸ Elle est actuellement en cours de retrait du

Considérations clés : CREC pour la vaccination contre la mpox dans l'est de la RDC, juillet 2024,

www.doi.org/10.19088/SSHAP.2024.032

Social Science in Humanitarian Action Platform

pays. En outre, les intervenants internationaux, y compris les gouvernements et les entreprises, ont également contribué à la déstabilisation par l'exploitation des richesses minérales de la région, ce qui a alimenté le conflit.¹⁹ Les Congolais engagés dans des activités sanitaires ou humanitaires issus de différentes régions du pays sont également susceptibles d'être présumés poursuivre leurs propres intérêts et ne pas être dignes de confiance au niveau local.⁹ Les intervenants externes dans le cadre des activités de CREC et des campagnes de vaccination sont susceptibles d'être confrontés à une méfiance similaire de la part des populations locales au sein des régions touchées par le conflit en RDC, en particulier s'ils manquent de connaissances ou d'expérience appropriées, notamment de la région, voire même du pays.

Implications pour la CREC et la vaccination contre la mpox :

- Dans les zones touchées par le conflit, il est nécessaire de s'engager et de collaborer de manière significative par l'intermédiaire des intervenants locaux aux activités de CREC et aux campagnes de vaccination afin de maximiser la confiance et de démontrer la bonne foi de ces activités. De manière générale, le personnel local et national devrait être priorisé, à moins que la capacité internationale ne soit expressément requise.
- Les médiateurs locaux et les « autorités morales » – comme par exemple les chefs religieux – peuvent s'avérer particulièrement importants pour faciliter l'accès aux populations au sein des régions instables et difficiles d'accès où la présence de l'État est limitée.
- Les activités menées avec la présence ou la collaboration de la police, de l'armée ou d'intervenants armés non gouvernementaux devraient être soigneusement examinées, car cela pourrait donner l'impression que les intervenants sont alignés sur les acteurs du conflit. Cela devrait être évité dans la mesure du possible et/ou remplacé par des solutions communautaires en matière de sécurité.

Enseignements tirés des ripostes contre le virus Ébola et la COVID-19 en RDC pour la CREC et la vaccination contre la mpox

Cette section examine les implications et les enseignements tirés pour la vaccination contre la mpox des expériences passées avec la vaccination contre le virus Ébola et la COVID-19 et des ripostes plus globales au sein de la région.

La RDC est susceptible d'être confrontée à des flambées épidémiques de maladies infectieuses en raison de son système de santé limité et précaire, de la pauvreté généralisée et des conflits persistants. Par exemple, elle a dû faire face à la deuxième flambée épidémique de virus Ébola la plus importante enregistrée au monde entre 2018 et 2020, la province du Nord-Kivu, dans l'est de la RDC, étant la plus touchée. Cela la rend également particulièrement expérimentée dans la riposte contre les flambées épidémiques, avec des enseignements à tirer pour une riposte plus efficace contre la mpox des récents essais de vaccins contre le virus Ébola ainsi que de la vaccination et de la riposte contre la COVID-19. Bien que la mpox touche désormais essentiellement le Sud-Kivu, les régions sont confrontées à des défis analogues en rapport avec des antécédents d'instabilité similaires.

La vaccination contre l'épidémie est susceptible de ne pas correspondre aux priorités locales

Les vaccins contre le virus Ébola et la COVID-19 ont été contestés en RDC car les populations ont des priorités plus urgentes. Par exemple, des recherches ethnographiques menées lors des essais de vaccins contre le virus Ébola dans l'est de la RDC ont révélé que de nombreuses personnes se méfiaient de la riposte contre le virus Ébola et des essais de vaccins.²⁰ Cela était en partie dû au fait que la sécurité représentait un problème beaucoup plus urgent pour elles, ce dont les intervenants nationaux et internationaux n'avaient pas tenu compte.²¹ Cette déclaration d'un participant à une étude anthropologique illustre cette divergence :

« Regardez comment toute la république et le monde entier se sont mobilisés pour la riposte contre le virus Ébola, mais lorsque l'on mentionne les massacres qui se déroulent ici, on voit bien que cela n'intéresse personne, alors quand on ramène un autre vaccin ici, les rumeurs sont plus crédibles que la vérité ». ²⁰

En outre, les essais de vaccins contre le virus Ébola ont été interrompus pour lutter contre la COVID-19 à un moment où le virus n'avait pas encore eu d'impact au niveau local et était perçu comme une maladie européenne ou « blanche ». Cette interruption a amené certaines personnes à penser que la vie des Congolais n'était pas une priorité. Cela a également engendré des rumeurs selon lesquelles l'interruption était utilisée pour échanger secrètement les deuxièmes doses de vaccin contre le virus Ébola contre des vaccins expérimentaux contre la COVID-19 à tester sur les Africains. ²² De plus, comme il a été mentionné ci-dessus, d'autres soins de santé courants et d'urgence, ou une aide socioéconomique, sont susceptibles de constituer des préoccupations plus pressantes pour les populations. Toutefois, la gratuité des soins de santé – fournis pour inciter les volontaires à participer au deuxième essai du vaccin contre le virus Ébola – a représenté un attrait considérable, en plus d'une protection contre le virus Ébola. ²³ Des politiques de soins de santé primaires gratuits ont également été adoptées au sein des zones de santé touchées dans les provinces du Nord-Kivu et de l'Équateur durant la flambée épidémique de virus Ébola survenue en 2020, et ces politiques ont facilité l'accès aux soins courants et à la poursuite des campagnes de vaccination. ^{24,25}

Implications pour la CREC et la vaccination contre la mpox :

- Un dialogue honnête qui reconnaît et vise à soutenir les nombreux besoins et priorités de la communauté et de la population, parallèlement à l'engagement vaccinal, est essentiel pour renforcer la confiance dans les campagnes de vaccination et favoriser le bien-être au sens large. Un dialogue honnête comprend des discussions ouvertes sur les problèmes de sécurité ainsi que le renforcement et le soutien de l'accès à d'autres ressources prioritaires, telles que les soins de santé.

Une discussion et une prise de décision opaques concernant le protocole de vaccination nuisent à la confiance

Au cours de la 10^e épidémie de virus Ébola en RDC (2018-2020), deux essais de vaccins utilisant deux vaccins différents avec des protocoles individuels ont été menés dans différentes régions. ²⁰ Dans l'essai initial, qui a été mené sous forme de vaccination en anneau (une stratégie qui met l'accent sur les personnes les plus à risque de contracter le virus) dans l'épicentre de l'épidémie dans le Grand Nord, seules les personnes faisant partie de l'entourage de personnes présentant une infection à virus Ébola confirmée se sont vues offrir un vaccin.

La participation au deuxième essai était volontaire, et il a été réalisé dans les quartiers périphériques de Goma – le « carrefour » entre la ville et le Grand Nord. Ces multiples vaccins et leurs différents critères d'éligibilité ont provoqué un vif débat en RDC concernant l'éthique de l'introduction d'un autre essai alors qu'un vaccin avait déjà été testé et approuvé. ²⁰ Mais au-delà de la question de l'expérimentation, de nombreuses personnes n'ont pas compris la raison pour laquelle certaines décisions avaient été prises ni quelle était la stratégie globale.

Dans le Grand Nord, le manque de clarté quant à l'éligibilité restrictive a amené de nombreuses personnes à penser que les soins vitaux leur étaient retirés. ²⁰ À l'inverse, des rumeurs circulaient à Goma quant aux raisons pour lesquelles ces quartiers et la ville de Goma elle-même avaient été choisis. ²⁰ Les rumeurs allaient des spéculations selon lesquelles l'essai était un outil politique pour cibler le groupe ethnique Nande aux préoccupations selon lesquelles les quartiers périphériques pauvres étaient exploités tandis que les quartiers centraux riches étaient épargnés. ²⁰ Cela reflétait l'engagement communautaire, qui visait principalement à expliquer le fonctionnement du vaccin plutôt que de discuter de l'éligibilité, de la prise de décisions concernant la conception d'une intervention vaccinale ou l'introduction d'un deuxième vaccin.

Implication pour la CREC et la vaccination contre la mpox :

- Les activités de CREC qui encouragent le dialogue et impliquent les communautés dans la prise de décision concernant la conception et la stratégie du protocole, y compris l'éligibilité pour la vaccination et les sites d'administration, ainsi que les implications éthiques de ces décisions peuvent contribuer à renforcer la confiance du public dans la vaccination.²⁶

Les campagnes de vaccination contre les épidémies sont indissociables de la politique locale et mondiale

La « résistance » est le résultat de la négligence, de l'exploitation et des inégalités. Alors que de nombreuses personnes éligibles ont reçu des vaccins contre le virus Ébola et la COVID-19 en RDC, une méfiance généralisée s'est également répandue vis-à-vis des vaccins. Les ripostes contre le virus Ébola (2018-2020) et la COVID-19, ainsi que la dynamique dans laquelle elles s'inscrivaient, en particulier dans les régions de l'est touchées par le conflit, ont également été largement critiquées.^{9,21} Cela a donné lieu à des actes de violence à l'encontre des centres de traitement d'Ébola et d'autres centres de santé, des professionnels de la santé, du personnel soignant et des dirigeants.^{17,21} Cette réaction, largement qualifiée de « résistance », reflète davantage la manière dont ces ripostes ont émergé et interagi avec les réalités politiques locales et mondiales.

Les populations de l'est de la RDC ont une profonde méfiance vis-à-vis des étrangers et des interventions dirigées de l'extérieur.²⁷ Cette méfiance fait suite à des expériences d'exploitation historique combinées à une gouvernance et une protection inefficaces par les gouvernements locaux et nationaux, ainsi que par les intervenants humanitaires et les acteurs de la paix internationaux.²⁷ En outre, cette méfiance était – et demeure – un terrain propice aux angoisses, aux soupçons et aux rumeurs concernant les objectifs des interventions sanitaires, telles que les vaccinations. Par exemple, la riposte hautement visible et bien financée contre le virus Ébola (2018-2020) et les membres de son personnel international et *kinois* (les habitants de Kinshasa, la capitale de la RDC) bien rémunérés contrastaient fortement avec l'insécurité et la pauvreté auxquelles sont confrontées les populations locales.^{21,28} Les locaux recrutés pour les activités de riposte ont signalé un mauvais traitement.⁹ Cette inégalité a alimenté la conclusion généralisée selon laquelle les intervenants avaient l'intention de tirer profit de l'« Ébola business » – duquel un système clientéliste local a fait son apparition – voire même de prolonger l'épidémie.^{17,21} Heureusement, les ripostes aux flambées épidémiques ultérieures ont évité ces erreurs (voir encadré 1). Des perceptions similaires ont été observées pendant l'épidémie de COVID-19, avec la circulation de rumeurs selon lesquelles la COVID-19 avait été créée par des sociétés pharmaceutiques pour ensuite tirer profit des vaccins contre la COVID-19.²² Les perceptions de corruption et du détournement des fonds parmi les responsables qui avaient été destinés à la riposte contre la COVID-19 ont alimenté les perceptions d'exploitation et ont engendré une réaction violente.¹⁷ Ces événements ont également contribué à alimenter d'autres rumeurs, notamment que les vaccins contre le virus Ébola et la COVID-19 avaient été conçus pour exterminer ou stériliser les populations.²³

Encadré 1. Évolution de la riposte contre le virus Ébola en République démocratique du Congo (RDC)

Les experts consultés dans le cadre de cette note stratégique qui possèdent des connaissances de cette flambée épidémique (2018-2020) et des flambées épidémiques de virus Ébola ultérieures au sein de la région (en 2021 et de nouveau en 2022) ont indiqué que le passage à des interventions davantage axées sur la communauté lors des épidémies ultérieures avait contribué à un succès plus important. Ces approches plus récentes reposaient moins sur un grand nombre de membres du personnel international que sur la capacité locale. Il en est résulté moins de problèmes découlant de la méfiance et une meilleure acceptation des vaccins. Cette évolution de la stratégie au cours des cinq dernières années démontre la valeur des ripostes dirigées au niveau local.

La sécurisation peut influencer la confiance. En s'associant aux autorités de l'État et aux forces de sécurité, dont les civils se méfiaient déjà, les intervenants de la riposte contre le virus Ébola dans l'est de la RDC ont fini par être perçus comme des acteurs du conflit de fait. Par exemple, les convois de la riposte contre le virus Ébola ont été escortés par les mêmes véhicules militaires que ceux qui ont été vus sur les lieux de massacre, et le transport forcé de patients vers des centres de traitement a suscité des enlèvements par les forces armées.²⁷ Les intervenants en matière de sécurité moins militarisés, tels que la police, peuvent également être perçus négativement par la population locale. Durant l'épidémie de COVID-19, par exemple, on a signalé des informations faisant état de brutalités policières pour faire appliquer les restrictions liées à la COVID-19 sur les populations à Bukavu et Goma et le long de la frontière avec l'Ouganda.¹⁷ La manière dont les populations perçoivent les activités de riposte, et leur confiance dans la vaccination, peuvent être considérablement influencées par qui assure la sécurité de la vaccination et d'autres activités de riposte contre les flambées épidémiques et par la façon dont cela est fait.

« L'autorité publique » peut influencer les perceptions et les comportements. Les personnes ou les groupes ayant une « autorité publique » peuvent influencer la manière dont les populations perçoivent les interventions de vaccination et y participent. Lorsque les élections ont été reportées dans les régions touchées par le virus Ébola en 2019, de nombreuses personnes dans le Grand Nord ont conclu qu'il s'agissait d'une tentative pour les empêcher de voter pour un opposant politique. Cela a alimenté les rumeurs selon lesquelles le virus Ébola aurait été inventé pour servir les intérêts politiques et économiques de l'élite.²⁰ L'ancien ministre de la Santé, Oly Ilunga Kalenga, a également émis des doutes quant à l'innocuité des vaccins contre le virus Ébola et aux intentions des représentants du gouvernement et des alliés internationaux.²⁰ Au niveau local, l'implication d'un médecin local, qui était également un responsable politique, dans la riposte a donné l'impression que seules les personnes qui le soutenaient sur le plan politique bénéficieraient de la riposte.²⁷ D'autres personnes et groupes ayant une autorité publique, y compris des milices, des organisations locales, des chefs, des chefs religieux et des guérisseurs traditionnels, ont également canalisé et médiatisé des discours spécifiques.¹⁷ Ces personnes et ces groupes peuvent s'avérer beaucoup plus influents que les responsables politiques ou les représentants du gouvernement, en particulier lorsque la présence de l'État est limitée, voire inexistante.

Implications pour la CREC et la vaccination contre la mpox :

- Le CREC devrait reconnaître et aborder les expériences historiques et actuelles d'exploitation, d'inégalité et de gouvernance inefficace qui ont ébranlé la confiance. Pour ce faire, il est nécessaire d'écouter et de tenir compte des préoccupations des populations, de faire preuve de transparence concernant les objectifs et les limites des campagnes de vaccination, et de démontrer un engagement pour un accès et des avantages équitables.
- Il est nécessaire d'examiner attentivement le rôle et la conduite des forces de sécurité dans les campagnes de vaccination. Minimiser la militarisation manifeste et accorder la priorité aux solutions de sécurité communautaires peut aider à instaurer la confiance. Lorsque la sécurité formelle est nécessaire, les forces doivent être qualifiées et faire preuve d'un comportement respectueux. La surveillance et la responsabilité en cas d'abus sont essentielles.
- La mobilisation de différentes « autorités publiques » locales en tant que partenaires dans l'élaboration et la communication des messages sur la vaccination peut contribuer à renforcer la légitimité, la portée et l'adoption. Toutefois, les intervenants de la CREC doivent être conscients de la façon dont les différentes autorités sont perçues par divers groupes afin de garantir que l'engagement n'alimente pas les perceptions d'exclusion ou de politisation. L'accent devrait être mis sur l'autonomisation des autorités considérées comme légitimes et dignes de confiance par différentes populations locales.
- Les intervenants internationaux et nationaux impliqués dans les activités de CREC et les campagnes de vaccination doivent être conscients de la façon dont ils peuvent être perçus

sur la base d'interventions antérieures, et ils doivent prendre des mesures pour reconnaître et se distancier de ces héritages le cas échéant. Il est également nécessaire de diversifier le personnel et le leadership, de garantir une rémunération et un traitement équitables des travailleurs locaux et de faire preuve de transparence et de responsabilité, notamment en ce qui concerne le financement et l'allocation des ressources.

Adapter la CREC à la vaccination contre la mpox aide à atteindre les populations vulnérables

Cette section explore comment les populations particulièrement vulnérables à l'infection au virus de la mpox peuvent être engagées de manière efficace, y compris pour la vaccination potentielle. Pour de nombreuses personnes faisant partie de ces groupes, la vulnérabilité biomédicale est aggravée par des conditions de vulnérabilité sociale (p. ex., pauvreté et/ou stigmatisation), et elles auront des besoins multidimensionnels.

Fait important, les activités de CREC peuvent fournir des informations aux communautés et offrir d'excellentes occasions de recueillir les perspectives communautaires et d'alimenter ces besoins, préoccupations et réalités communautaires « à la hausse » pour les décideurs.

Engagement communautaire

Les activités de CREC à l'échelle communautaire comprennent des programmes de radio et des réunions communautaires publiques, qui, non seulement, contribuent à fournir des informations, mais servent également d'espace de dialogue et de rétroaction. Ces activités peuvent favoriser une sensibilisation accrue au virus de la mpox, des interventions connexes de vaccination contre la mpox ainsi que d'autres mesures préventives essentielles que les populations peuvent prendre. Elles fournissent également aux intervenants des informations très utiles concernant les perspectives communautaires qui peuvent être utilisées pour adapter davantage les activités de riposte au-delà de la vaccination. Ces activités pourraient comprendre un large éventail de groupes communautaires. La conception des activités devrait éviter une stigmatisation supplémentaire de certaines populations, comme par exemple les travailleurs du sexe ou les HARSAH, en mettant l'accent sur les voies de transmission multiples de la mpox.

Collaborer avec des intervenants locaux de confiance. Compte tenu de la méfiance à l'égard des étrangers, des intervenants locaux de confiance devraient être mobilisés pour diriger les activités de CREC et participer aux campagnes de vaccination autant que possible. Les intervenants locaux de confiance comprennent les chefs, les chefs religieux, les organisations communautaires (comme par exemple, *mutualités tribales*) ainsi que les associations féminines. En plus d'être fiable, les recherches indiquent que les intervenants locaux sont capables de naviguer à travers des dynamiques sociales et politiques complexes telles que celles de l'est de la RDC.^{9,18,29}

Outre des activités communautaires, des activités de CREC sur mesure et discrètes sont nécessaires pour atteindre les populations au sein de groupes spécifiques exposées au virus de la mpox qui sont susceptibles de ne pas être faciles à mobiliser par le biais des canaux généralisés. Les considérations pour atteindre ces groupes sont détaillées ci-dessous.

Enfants et femmes enceintes

Les enfants sont touchés de manière disproportionnée par la flambée épidémique de mpox en RDC, et ils sont également les plus exposés au risque de complications et de décès.¹ C'est notamment le cas chez les jeunes enfants.¹ Les femmes enceintes sont également à un risque élevé de conséquences néfastes sur la grossesse, en particulier des souches de clade I, telles que celles qui circulent en RDC.^{30,31} Des études antérieures ont démontré une transmission verticale de la mère au fœtus, entraînant des décès fœtaux.³¹ Des cas de fausse couche ont

également été signalés chez des femmes enceintes infectées par la nouvelle souche au Sud-Kivu.³² Malgré ces réalités, relativement peu d'attention a été accordée jusqu'à présent à l'engagement des enfants et des femmes enceintes dans le contexte de l'épidémie, et certains défis clés restent à relever.

La vaccination chez les enfants et les femmes enceintes est susceptible de provoquer une anxiété importante. Il existe peu de données concernant l'innocuité et l'efficacité des vaccins existants contre la mpox chez les enfants et les femmes enceintes.³³ Bien qu'un essai récemment mené au Royaume-Uni ait révélé que le vaccin MVA-BN chez les enfants était sûr et efficace, l'ampleur de l'étude était faible, et les chercheurs ont constaté que des essais à plus grande échelle et plus systématiques étaient nécessaires pour évaluer pleinement son innocuité et son efficacité chez les enfants.^{34,35} En outre, la RDC prévoit d'utiliser un vaccin différent – le CL16 – pour les enfants, et on ignore si les femmes enceintes seront ciblées pour la vaccination. Afin de combler les lacunes dans les connaissances, l'Institut National de Recherche Biomédicale (INRB) coordonne l'élaboration de protocoles d'études cliniques pour les vaccins contre la mpox, en mettant l'accent sur l'efficacité des vaccins chez les enfants.

Compte tenu de ces circonstances, il est probable que la vaccination contre la mpox en RDC sera considérée comme expérimentale, et pourrait susciter des inquiétudes similaires à celles des essais de vaccins contre le virus Ébola, en particulier concernant la vaccination des enfants et des femmes potentiellement enceintes. Ces préoccupations peuvent s'étendre à des inquiétudes plus générales liées au genre, y compris des craintes selon lesquelles les vaccins affectent la fertilité. Les inquiétudes sont susceptibles d'être exacerbées, notamment dans les régions au sein desquelles la méfiance vis-à-vis des intervenants gouvernementaux et internationaux et des interventions médicales est élevée. Cela nécessitera une CREC prudente avec les soignants et les autres membres de la communauté, un espace de dialogue transparent et le co-développement d'approches adaptées au contexte local pour la vaccination des enfants et des femmes potentiellement enceintes.

Faire participer les enfants aux activités de CREC de manière efficace. Envisager d'intégrer des approches axées sur l'enfant qui sont adaptées à l'âge et au contexte. Concernant les jeunes enfants, la narration, le théâtre, les activités artistiques et les messages simples et clairs transmis par des adultes de confiance peuvent s'avérer efficaces. Les enfants plus âgés et les adolescents peuvent être davantage impliqués grâce à des initiatives d'éducation sanitaire, à des approches par les pairs, voire même en tant que co-créateurs de supports de CREC. Les programmes scolaires peuvent s'avérer efficaces ; toutefois, les approches communautaires seront également importantes, en particulier lorsque la scolarisation est faible ou régulièrement perturbée par le conflit ou le déplacement. Ces approches peuvent inclure des activités mobiles de CREC et de vaccination, ou des activités dans les camps de déplacés. Dans la mesure du possible, l'intégration de ces activités aux campagnes de vaccination systématique peut s'avérer efficace. Les campagnes de vaccination systématique ne doivent pas être dépréciées, en particulier dans un contexte de faible taux de vaccination contre la rougeole, les oreillons et la rubéole (ROR) et des récentes flambées épidémiques de rougeole. La participation des enfants doit respecter leurs droits, garantir leur sécurité et reconnaître leur potentiel en tant qu'agents de changement au sein de leurs familles et de leurs communautés.³⁶ Le contact physique non sexuel étroit est probablement la voie de transmission principale chez les enfants. Les adolescents peuvent également être exposés au risque de transmission sexuelle, ce qui est susceptible de nécessiter des approches plus sensibles et adaptées.

Atteindre les femmes enceintes. Tandis que l'on ignore si les plans de vaccination en RDC cibleront les femmes enceintes, les stratégies de CREC et les services de vaccination potentiels peuvent être intégrés dans les soins prénataux de routine. La collaboration avec des sages-femmes locales, des agents de santé communautaires, des associations féminines et des dirigeants communautaires influents peut soutenir les soins prénataux et garantir la protection des femmes enceintes et de leurs bébés contre le virus de la mpox.

Travailleurs du sexe

Les travailleurs du sexe en RDC vont des professionnels à ceux engagés dans le travail du sexe occasionnel ou les rapports sexuels monnayés pour compléter les revenus ou pour accéder à la nourriture, aux possibilités d'emploi ou à d'autres ressources.³⁷ Les travailleurs du sexe peuvent être très mobiles, traverser les régions et les frontières pour travailler,³⁸ ou vivre chez eux avec leurs familles.³⁹ Un engagement ciblé au sein des zones minières et aux alentours pourrait être réalisé en collaborant avec des « marraines » ou des gestionnaires de sites miniers, ou par le biais de réseaux de femmes impliquées dans des activités de subsistance, telles que la vente de produits alimentaires ou le concassage de pierre. Les femmes qui occupent un emploi peu rémunéré sont davantage susceptibles d'avoir des rapports sexuels monnayés.

Les activités impliquant la CREC devraient protéger l'anonymat des travailleurs du sexe afin de leur assurer une protection contre la stigmatisation et de la discrimination. De telles activités pourraient également faciliter les informations relatives à d'autres ressources, ou leur accès, ainsi qu'à une aide pertinente pour ce groupe, y compris des conseils et des soins plus généraux en matière de santé sexuelle et reproductive. Voir l'encadré 2 pour un exemple d'engagement antérieur réussi.

Hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HARSAH)

À l'instar des travailleurs du sexe, les HARSAH (dont certains sont eux-mêmes des travailleurs du sexe) sont confrontés à des niveaux élevés de stigmatisation, mais ils sont également criminalisés en RDC. C'est la raison pour laquelle les organisations qui travaillent avec les HARSAH sont rares et difficiles à identifier et à mobiliser, en particulier dans les zones rurales.¹³ De manière générale, l'engagement contre la mpox doit soutenir la discrétion de ce groupe. Les HARSAH pourraient être sensibilisés par le biais d'un engagement plus généralisé au sein d'espaces adéquats pour les hommes plus largement, tels que des salons de coiffure pour hommes ou des salons de thé, ou par le biais de réseaux professionnels, notamment dans les zones minières. Les émissions de radio qui fournissent des informations de santé publique sur la vaccination et donnent la parole aux auditeurs de manière anonyme peuvent également donner aux HARSAH l'occasion d'accéder à l'information et de poser des questions.

Encadré 2. Tirer des enseignements de la participation au « travail dissimulé » pour atteindre les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HARSAH) et les travailleurs du sexe afin de réduire le risque et l'impact du VIH/SIDA

Le Projet Intégré de VIH/SIDA au Congo est un programme qui s'est déroulé avec succès entre 2010 à 2017 et a mobilisé des travailleuses du sexe et des hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HARSAH) afin de réduire le risque et l'impact du VIH/SIDA en République démocratique du Congo, y compris dans la province du Sud-Kivu.¹³

L'approche comprenait un engagement mobile, une aide psychologique et des services de dépistage rapide du VIH fournis la nuit et dans les « zones sensibles » fréquentées par ces groupes, y compris les bars, les discothèques et d'autres zones identifiées par des exercices de cartographie avec les membres de ces communautés.

Des travailleurs du sexe et des HARSAH ont également été recrutés en tant que pairs éducateurs qui pouvaient ensuite fournir un accompagnement et des informations à leurs pairs, y compris les orienter vers des cliniques « accueillantes » - ou du moins vers celles qui étaient « les moins discriminantes », ce qui a contribué à instaurer la confiance.

Des approches similaires pourraient être adaptées afin de mobiliser ces populations autour du risque de contracter le virus de la mpox, de la prévention et du traitement, bien que les conflits et l'insécurité soient susceptibles de limiter les possibilités.

Personnes atteintes du VIH/SIDA

Les personnes atteintes du VIH/SIDA ainsi que d'autres personnes immunodéprimées peuvent s'avérer davantage susceptibles de contracter le virus de la mpox, et être exposées à des complications graves et au décès.¹ Le conflit et l'instabilité qui caractérisent l'est de la RDC constituent un obstacle à l'accès à l'information, au dépistage, au traitement et à la continuité des soins. Cela exacerbe leur vulnérabilité, qui est aggravée par la prévalence accrue du VIH/SIDA dans cette région. Tandis que les HARSAH et les travailleurs du sexe sont touchés de manière disproportionnée par le VIH/SIDA en RDC, d'autres groupes sont également touchés, par conséquent, les initiatives viser à les impliquer également.¹ L'intégration des activités de CREC dans le cadre de la riposte contre la mpox et des informations et services de vaccination parmi les services et programmes existants de lutte contre le VIH/SIDA est susceptible d'aider à atteindre ces groupes, en mettant à leur disposition des informations vitales et des opportunités d'engagement.

Travailleurs de la santé

Les travailleurs de la santé, y compris les praticiens biomédicaux formels, les prestataires informels et les guérisseurs traditionnels, présentent un risque élevé de contracter le virus de la mpox en raison de leurs interactions avec les patients infectés. Accorder la priorité à leur vaccination et fournir des informations précises sur les vaccins contre la mpox, leur innocuité et les stratégies de déploiement (par exemple, l'éligibilité, les emplacements) peut contribuer protéger à la fois les travailleurs de la santé et l'ensemble de la communauté.

En outre, la participation significative de tous les types de prestataires de soins de santé locaux à la prise de décision dans le cadre de la riposte, à la CREC et à la vaccination peut contribuer à renforcer la confiance de la communauté et l'efficacité globale.⁹ Par exemple, l'intégration de services de conseils sur le virus de la mpox et la vaccination contre la mpox au sein de différents environnements de soins de santé, y compris les pratiques de guérison traditionnelles utiles, voire même la participation directe des travailleurs de la santé aux campagnes de vaccination communautaires. En parallèle, il sera essentiel de discuter des limites des pratiques biomédicales et traditionnelles en ce qui concerne le virus de la mpox.

Références

1. World Health Organization. (2024, June 14). *Mpox—Democratic Republic of the Congo*. <https://www.who.int/emergencies/disease-outbreak-news/item/2024-DON522>
2. Mbala-Kingebeni, P., Rimoin, A. W., Kacita, C., Liesenborghs, L., Nachega, J. B., & Kindrachuk, J. (2024). The time is now (again) for mpox containment and elimination in Democratic Republic of the Congo. *PLOS Global Public Health*, 4(6), e0003171. <https://doi.org/10.1371/journal.pgph.0003171>
3. Masirika, L. M., Udaheureka, J. C., Schuele, L., Ndishimye, P., Otani, S., Mbiribindi, J. B., Marekani, J. M., Mambo, L. M., Bubala, N. M., Boter, M., Nieuwenhuijse, D. F., Lang, T., Kalalizi, E. B., Musabyimana, J. P., Aarestrup, F. M., Koopmans, M., Munnink, B. B. O., & Siangoli, F. B. (2024). Ongoing mpox outbreak in Kamituga, South Kivu province, associated with monkeypox virus of a novel Clade I sub-lineage, Democratic Republic of the Congo, 2024. *Eurosurveillance*, 29(11), 2400106. <https://doi.org/10.2807/1560-7917.ES.2024.29.11.2400106>
4. World Health Organization. (2022, June 14). *Vaccines and immunization for monkeypox: Interim guidance*. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/356120/WHO-MPX-Immunization-2022.1-eng.pdf>
5. Hrynicky, T., & Schmidt-Sane, M. (2024). *Roundtable Report: Discussion on mpox in DRC and Social Science Considerations for Operational Response*. Social Science in Humanitarian Action Platform (SSHAP). www.doi.org/10.19088/SSHAP.2024.014
6. Issa, M. (2023). The pathway to achieving universal health coverage in the Democratic Republic of Congo: Obstacles and prospects. *Cureus*, 15(7), e41935. <https://doi.org/10.7759/cureus.41935>
7. Altare, C., Malembaka, E. B., Tosha, M., Hook, C., Ba, H., Bikoro, S. M., Scognamiglio, T., Tappis, H., Pfaffmann, J., Balaluka, G. B., Boerma, T., & Spiegel, P. (2020). Health services for women, children and adolescents in conflict affected settings: Experience from North and South Kivu, Democratic Republic of Congo. *Conflict and Health*, 14(1), 31. <https://doi.org/10.1186/s13031-020-00265-1>
8. Laokri, S., Soelaeman, R., & Hotchkiss, D. R. (2018). Assessing out-of-pocket expenditures for primary health care: How responsive is the Democratic Republic of Congo health system to providing financial risk protection? *BMC Health Services Research*, 18(1), 451. <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3211-x>
9. Claude, K. M., Underschultz, J., & Hawkes, M. T. (2019). Social resistance drives persistent transmission of Ebola virus disease in Eastern Democratic Republic of Congo: A mixed-methods study. *PLOS ONE*, 14(9), e0223104. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0223104>
10. Kibungu, E. M., Vakaniaki, E. H., Kinganda-Lusamaki, E., Kalonji-Mukendi, T., Pukuta, E., Hoff, N. A., Bogoch, I. I., Cevik, M., Gonsalves, G. S., Hensley, L. E., Low, N., Shaw, S. Y., Schillberg, E., Hunter, M., Lunyanga, L., Linsuke, S., Madinga, J., Peeters, M., Cigolo, J.-C. M., ... Lushima, R. S. (2024). Clade I-associated mpox cases associated with sexual contact, the Democratic Republic of the Congo. *Emerging Infectious Diseases*, 30(1), 172–176. <https://doi.org/10.3201/eid3001.231164>
11. Kunnuji, M., Schmidt-Sane, M., Adegoke, O., Abbas, S., Shoyemi, E., Lawanson, A., Jegede, A., & MacGregor, H. (forthcoming). *Mpox and the MSM community in Nigeria: Exploratory insights from gay men and persons providing healthcare services to them*.
12. Shen, Y., Franks, J., Reidy, W., Olsen, H., Wang, C., Mushimbele, N., Mazala, R. T., Tchissambou, T., Malele, F., Kilundu, A., Bingham, T., Djomand, G., Mukinda, E., Ewetola, R., Abrams, E. J., & Teasdale, C. A. (2023). Pre-exposure prophylaxis uptake concerns in the Democratic Republic of the Congo: Key population and healthcare workers perspectives. *PLOS ONE*, 18(11), e0280977. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0280977>
13. Mulongo, S., Kapila, G., Hatton, T., Canagasabay, D., Arney, J., Kazadi, T., Scott, L. M., & Colfax, G. (2015). Applying innovative approaches for reaching men who have sex with men and female sex workers in the Democratic Republic of Congo. *JAIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 68, S248. <https://doi.org/10.1097/QAI.0000000000000449>
14. Ntanyoma, D. R. (2023, July 10). *DRC violence has many causes – the UN’s narrow focus on ethnicity won’t help end conflict*. The Conversation. <http://theconversation.com/drc-violence-has-many-causes-the-uns-narrow-focus-on-ethnicity-wont-help-end-conflict-208774>
15. Ntanyoma, R. D., & Hintjens, H. (2022). Expressive violence and the slow genocide of the Banyamulenge of South Kivu. *Ethnicities*, 22(3), 374–403. <https://doi.org/10.1177/14687968211009895>
16. Medecins Sans Frontieres. (2024, May 24). *Civilians caught in crossfire in North and South Kivu [Interview]*. <https://www.msf.org/drc-civilians-caught-crossfire-north-and-south-kivu>
17. Kirk, T., Green, D., Allen, T., Carayannis, T., Bazonzi, J., Ndala, J., Stys, P., Muzuri, P., Nyenyezi, A., Vlassenroot, K., Nyuon, A. D. A., Macdonald, A., Owor, A., Storer, L., Okello, J., Hopwood, J., Porter, H., Oryem, R., Parker, M., & Akello, G. (2021). Crisis responses, opportunity, and public authority during Covid-19’s first wave in Uganda, the Democratic Republic of Congo, and South Sudan. *Disasters*, 45(Suppl 1), S195–S215. <https://doi.org/10.1111/disa.12513>
18. Nsokele, C. M., & Kika, F. K. (2024). Local knowledge and information initiatives in the conflict-affected eastern Democratic Republic of Congo. *Development in Practice*, 0(0), 1–15. <https://doi.org/10.1080/09614524.2024.2349056>
19. Rapanyane, Makhura, B. (2022). China’s involvement in the Democratic Republic of Congo’s resource curse mineral driven conflict: An Afrocentric review. *Contemporary Social Science*, 17(2), 117–128. <https://doi.org/10.1080/21582041.2021.1919749>
20. James, M., Kasereka, J. G., & Lees, S. (2021). The politics of the second vaccine: Debates surrounding Ebola vaccine trials in eastern Democratic Republic of the Congo. *Journal of Humanitarian Affairs*, 3(3), 4–13. <https://doi.org/10.7227/JHA.069>
21. Bisoka, A. N., Vlassenroot, K., & Ramazani, L. (2021). *From biollegitimacy to antihumanitarianism: Understanding people’s resistance to Ebola responses in the Democratic Republic of the Congo* (Issue 8; Congo Research Briefs). https://www.gicnetwork.be/wp-content/uploads/2021/05/UVC_Congo-Research-Briefs-8-f.pdf
22. James, M. V., & Lees, S. S. (2022). “Are you sure it’s not the Corona vaccine?” An Ebola vaccine trial during COVID-19 in DRC. *Medical Anthropology*, 41(5), 503–517. <https://doi.org/10.1080/01459740.2022.2097908>
23. James, M., Kasereka, J. G., Kasiwa, B., Kavunga-Membo, H., Kambale, K., Grais, R., Muyembe-Tamfum, J.-J., Bausch, D. G., Watson-Jones, D., & Lees, S. (2023). Protection, health seeking, or a laissez-passer: Participants’ decision-making in an EVD vaccine trial in the eastern Democratic Republic of the Congo. *Social Science & Medicine* (1982), 323, 115833. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2023.115833>
24. Hung, Y. W., Law, M. R., Cheng, L., Abramowitz, S., Alcayna-Stevens, L., Lurton, G., Mayaka, S. M., Olekhovitch, R., Kyomba, G., & Ruton, H. (2020). Impact of a free care policy on the utilisation of health services during an Ebola outbreak in

- the Democratic Republic of Congo: An interrupted time-series analysis. *BMJ Global Health*, 5(7), e002119. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2019-002119>
25. Wisniewski, J., Worges, M., & Lusamba-Dikassa, P.-S. (2023). Impact of a free care policy on routine health service volumes during a protracted Ebola virus disease outbreak in the Democratic Republic of Congo. *Social Science & Medicine*, 322, 115815. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2023.115815>
 26. Mansaray, A., Bangura, M., Watson-Jones, D., Greenwood, B., Burns, R., Susan Lees, S., Faye, F., Leigh, B., & Enria, L. (2024). Engaging the public in decisions about emergency vaccine deployment strategies: Lessons from scenario-based discussions in Sierra Leone. *Global Public Health*, 19(1), 2334887. <https://doi.org/10.1080/17441692.2024.2334887>
 27. Sweet, R., & Kasali, N. (2024). Public health intervention amidst conflict: Violence, politics, and knowledge frames in the 2018-20 Ebola epidemic in Democratic Republic of the Congo. *Social Science & Medicine*, 350, 116854. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2024.116854>
 28. Groupe d'étude sur le Congo (GEC). (2020). *Ebola en RDC : système de santé parallèle, effet pervers de la Réponse*.
 29. James, M. (2022). Humanitarian shapeshifting: Navigation, brokerage and access in Eastern DR Congo. *Journal of Intervention and Statebuilding*, 16(3), 349–367. <https://doi.org/10.1080/17502977.2021.2002591>
 30. Schwartz, D. A., & Pittman, P. R. (2023). Mpox (Monkeypox) in pregnancy: Viral clade differences and their associations with varying obstetrical and fetal outcomes. *Viruses*, 15(8), 1649. <https://doi.org/10.3390/v15081649>
 31. Velázquez-Cervantes, M. A., Ulloa-Aguilar, J. M., & León-Juárez, M. (2023). Mpox and pregnancy: A neglected disease and its impact on perinatal health. *Revista Clínica Española*, 223(1), 32–39. <https://doi.org/10.1016/j.rceng.2022.09.002>
 32. Masirika, L. M., Nieuwenhuijse, D. F., Ndishimye, P., Udahehuka, J. C., Steeven, B. K., Gisèle, N. B., Musabyimana, J. P., Daniel, B. N., Kiluba, T. K. wa, Mweshi, F. K., Ngabo, P., Tambala, T., Divin, M. M., Chance, B. M., Mambo, L. M., Schuele, L., Mbiribindi, J. B., Martinez, G. S., Kelvin, D. J., ... Siangoli, F. B. (2024). *Mapping the distribution and describing the first cases from an ongoing outbreak of a new strain of mpox in South Kivu, Eastern Democratic Republic of Congo between September 2023 to April 2024* (p. 2024.05.10.24307057). medRxiv. <https://doi.org/10.1101/2024.05.10.24307057>
 33. Sanchez Clemente, N., Coles, C., Paixao, E. S., Brickley, E. B., Whittaker, E., Alfvén, T., Rulisa, S., Agudelo Higueta, N., Torpiano, P., Agravat, P., Thorley, E. V., Drysdale, S. B., Le Doare, K., & Muyembe Tamfum, J.-J. (2024). Paediatric, maternal, and congenital mpox: A systematic review and meta-analysis. *The Lancet Global Health*, 12(4), e572–e588. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(23\)00607-1](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(23)00607-1)
 34. Ladhani, S. N., Dowell, A. C., Jones, S., Hicks, B., Rowe, C., Begum, J., Wailblinger, D., Wright, J., Owens, S., Pickering, A., Shilltoe, B., McMaster, P., Whittaker, E., Zuo, J., Powell, A., Amirthalingam, G., Mandal, S., Lopez-Bernal, J., Ramsay, M. E., ... Cohen, J. (2023). Early evaluation of the safety, reactogenicity, and immune response after a single dose of modified vaccinia Ankara–Bavaria Nordic vaccine against mpox in children: A national outbreak response. *The Lancet Infectious Diseases*, 23(9), 1042–1050. [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(23\)00270-0](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(23)00270-0)
 35. Turtle, L., & Subramaniam, K. (2023). Modified vaccinia Ankara–Bavarian Nordic vaccine against mpox in children. *The Lancet. Infectious Diseases*. [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(23\)00345-6](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(23)00345-6)
 36. Reilly, E., Serlemitsos, E., & Bilakwate, J. (2024). *Key considerations: Child engagement in the context of disease outbreaks in Eastern and Southern Africa*. Social Science in Humanitarian Action Platform (SSHAP). <https://www.ids.ac.uk/publications/key-considerations-child-engagement-in-the-context-of-disease-outbreaks-in-eastern-and-southern-africa/>
 37. Mwapu, I., Hilhorst, D., Mashanda, M., Bahananga, M., & Mugenzi, R. (2016). *Women engaging in transactional sex and working in prostitution: Practises and underlying factors of the sex trade in South Kivu* (10; Researcher Livelihoods and Services Affected by Conflict). Secure Livelihoods Research Consortium. <https://edepot.wur.nl/401353>
 38. Bashwira, M.-R., & Haar, G. van der. (2022). Necessity or choice: Women's migration to artisanal mining regions in eastern DRC. In *The (in)visibility of women and mining*. Routledge.
 39. Maclin, B., Kelly, J., Kabanga, J., & VanRooyen, M. (2015). 'They have embraced a different behaviour': Transactional sex and family dynamics in eastern Congo's conflict. *Culture, Health & Sexuality*, 17(1), 119–131. <https://doi.org/10.1080/13691058.2014.951395>

Auteurs : Ce rapport a été rédigé par Tabitha Hrynick (Institute of Development Studies, IDS), Godefroid Muzalia (Groupe d'Etudes sur les Conflits et la Sécurité Humaine, GEC-SH) et Myfanwy James (London School of Economics and Political Science, LSE).

Remerciements : En plus de s'appuyer sur les contributions et apports des participants à la [Table ronde de la SSHAP sur la Mpox en RDC](#), cette note stratégique a été révisée par Modeste Deffo (Fédération internationale des Sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge, FICR), Luisa Enria (London School of Hygiene and Tropical Medicine, LSHTM), Dr Emilia Sana (Centre d'opérations d'urgence de santé publique (COUSP), Insitut National de Santé Publique (INSP) and Integrated Outbreak Analytics (CIA), Simone Carter (Integrated Outbreak Analytics, CAI) et Hayley MacGregor (IDS). La note stratégique a été éditée par Georgina Roche et Harriet MacLehose (Équipe de rédaction de la SSHAP).

Référence suggérée : Hrynick, T., Muzalia, G., and James, M. (2024). Considérations clés : Communication des risques et engagement communautaire pour la vaccination contre la mpox dans l'est de la République démocratique du Congo. *Social Science in Humanitarian Action* (SSHAP). www.doi.org/10.19088/SSHAP.2024.032

Publié par l'Institute of Development Studies : juillet 2024

Copyright : © Institute of Development Studies 2024. Ceci est un document en libre accès distribué selon les modalités de la version 4.0 de la licence internationale Creative Commons Attribution ([CC BY 4.0](#)), qui, sauf indication contraire, autorise l'utilisation, la distribution et la reproduction sans restriction sur tout support, à condition que les auteurs d'origine et la source soient crédités et que toute modification ou adaptation soit indiquée.

Contact : Veuillez nous contacter si vous avez une demande directe relative à cette note stratégique, ou concernant des outils, une expertise technique ou une analyse à distance supplémentaire, ou si vous souhaitez rejoindre le réseau de conseillers, veuillez contacter la Plateforme Social Science in Humanitarian Action en envoyant un e-mail à Annie Lowden (a.lowden@ids.ac.uk) ou Juliet Bedford (julietbedford@anthrologica.com).

À propos de la SSHAP : La Plateforme Social Science in Humanitarian Action est un partenariat entre l'Institute of Development Studies, Anthrologica, le CERCF Sénégal, l'Université de Gulu, Le Groupe d'Etudes sur les Conflits et la Sécurité Humaine (GEC-SH), la London School of Hygiene and Tropical Medicine, le Sierra Leone Urban Research Centre, l'Université d'Ibadan, et l'Université de Djouba. Ces travaux ont été financés par le Bureau des Affaires étrangères et du Commonwealth et le Wellcome Trust sous le numéro de subvention 225449/Z/22/Z. Les opinions exprimées ci-après sont celles des auteurs et ne reflètent pas nécessairement celles des donateurs, ni les opinions ou politiques des partenaires du projet.

 [@SSHAP_Action](#)

 info@socialscience.org

 www.socialscienceinaction.org

 [SSHAP newsletter](#)