



CELLULE D'ANALYSE EN SCIENCES SOCIALES | CASS

Analyses intégrées
et multidisciplinaires
en épidémie

**Une revue des analyses
intégrées menées durant
les 90 premiers jours
de l'épidémie d'Ebola
en Equateur**

UNE REVUE DES ANALYSES INTÉGRÉES MENÉES DURANT LES 90 PREMIERS JOURS DE L'ÉPIDÉMIE D'EBOLA EN EQUATEUR

Au cours des 90 premiers jours de l'épidémie de maladie à virus Ebola (MVE) dans la province de l'Equateur en République Démocratique du Congo (RDC), une cellule d'analyse intégrée a été mise en place dans le cadre de la Réponse à la MVE, sous l'égide du Ministère de la Santé Publique (MSP) congolais avec des partenaires en sciences sociales, en épidémiologie et en gestion des données. Les membres de la cellule ont travaillé ensemble pour produire des analyses dans le but d'appuyer les commissions, les acteurs de la Réponse et les communautés.

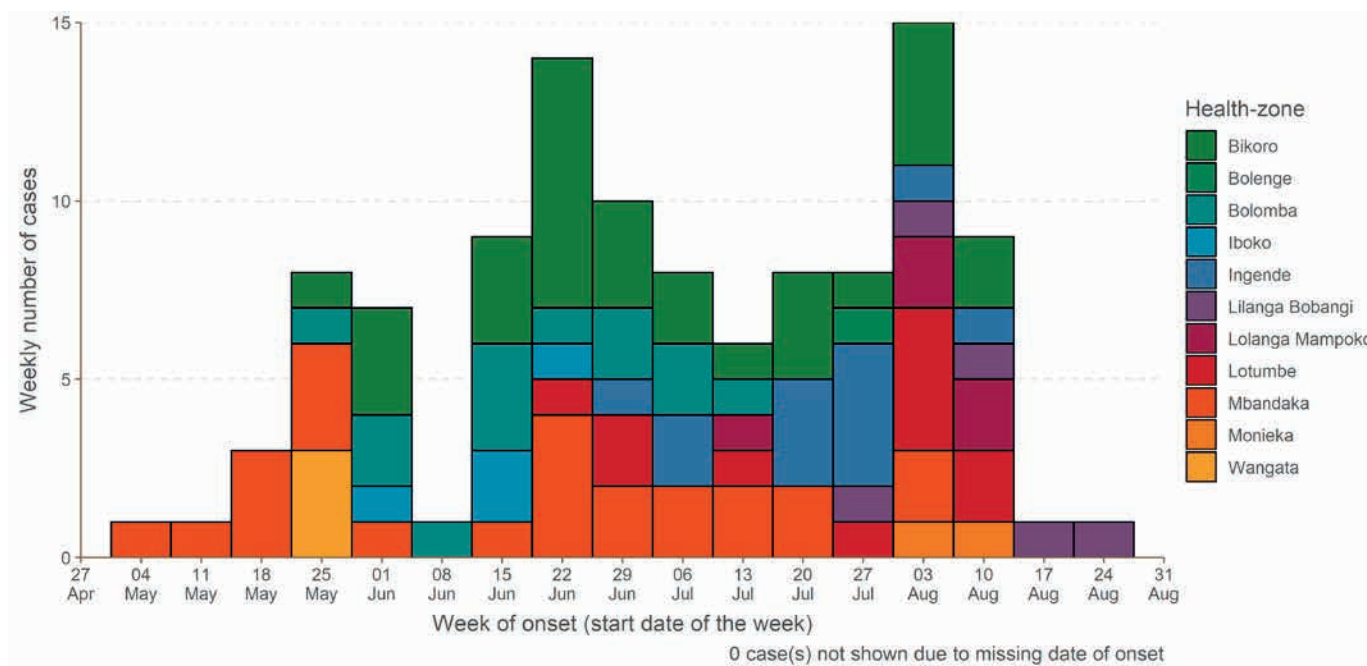
Le présent rapport fournit un résumé des principaux résultats des analyses menées, des mesures prises et des défis posés au cours de ces trois mois.

SITUATION ET ANALYSES ÉPIDÉMIOLOGIQUES

Au 1^{er} septembre 2020, un total de 110 cas de maladie à virus Ebola (MVE) ont été rapportés dans la province de l'Équateur – 104 confirmés, 6 probables – dont 47 décès. Trois mois après la déclaration de la 11^{ème} épidémie de MVE en RDC, qui a commencé le 1^{er} juin 2020, le total de cas confirmés a dépassé le nombre de cas enregistrés lors de l'épidémie précédente en Équateur (2018). Alors que les premiers cas avaient été détectés dans la ville de Mbandaka (dans les zones de santé de Mbandaka et Wangata), l'épicentre de

l'épidémie s'est peu à peu déplacé vers les zones de santé de Bikoro, Bolomba, Ingende et Lotumbe. Au 1^{er} septembre 2020, Bikoro est la zone de santé ayant rapporté le plus grand nombre de cas (30).[1] En total, 12 des 18 zones de santé sont affectées.

Nombre de cas de MVE confirmés et probables par zone de santé et par semaine de début des symptômes, province de l'Équateur, RDC, mai - août 2020 (n=110)



ANALYSES RÉALISÉES DANS LES PREMIERS 90 JOURS

Juin 2020 : Au cours de la première semaine suivant la déclaration de l'épidémie, les partenaires de la Cellule d'Analyse (Cellule d'analyse en sciences sociales, Organisation mondiale de la Santé, CDC, Epicentre, Fédération internationale de la Croix-Rouge) ont publié six notes techniques (briefs) [2],[3] fournissant des recommandations basées sur les analyses et expériences des 9ème et 10ème épidémies de 2018 (Equateur) et 2018-2020 (Nord-Kivu, Ituri et Sud-Kivu).

Juin et Juillet 2020 - comprendre les comportement et perceptions liés à la MVE et aux interventions de Réponse

A la fin du mois de juin, la Cellule d'analyse en sciences sociales (CASS) a conduit une étude autour des perceptions et comportements liés à la MVE auprès des communautés et du personnel de santé dans les zones de santé de Mbandaka, Wangata, Bolenge et Bikoro.

L'étude sera répétée à la fin du mois de septembre pour identifier et analyser d'éventuels changements dans le temps.

Pourcentage des structures sanitaires incluses dans les études juin-juillet

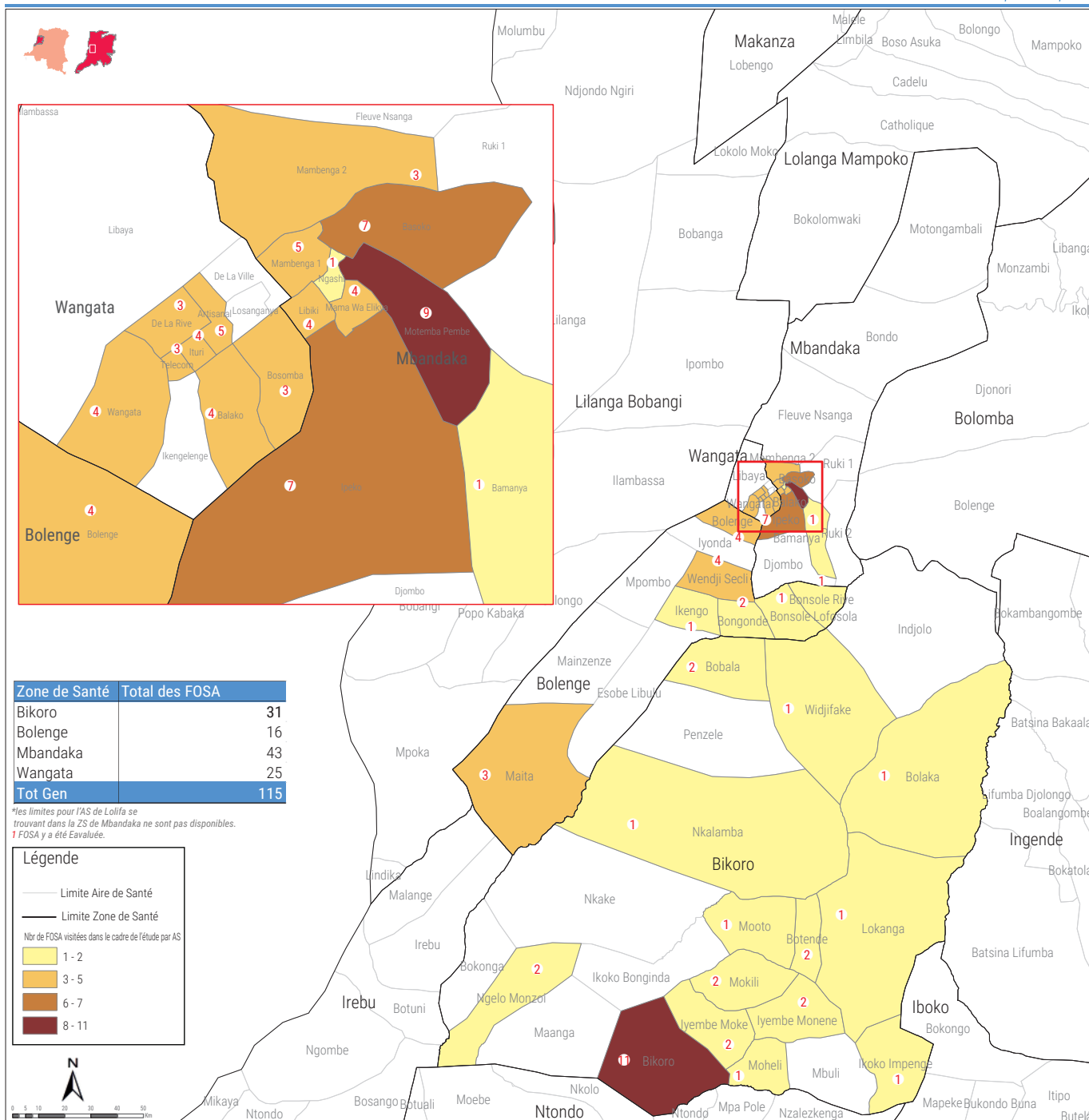
| Wangata | Mbandaka | Bolenge | Bikoro | TOTAL |
|---------|----------|---------|--------|---------|
| 49 /73 | 23/45 | 14/26 | 31/45 | 117/189 |

Population ciblée dans les enquêtes population juin-juillet

| Zone de santé | Cible totale population |
|---------------|-------------------------|
| Wangata | 349 |
| Mbandaka | 390 |
| Bikoro | 400 |
| Bolenge | 388 |

Juillet et Août 2020 – présentation des résultats et co-développement des recommandations avec les acteurs de terrain

Selon les procédures de la CASS, les résultats des études ont été présentés dès la fin du mois de juillet aux sous-commissions (Prévention et contrôle des infections – PCI, Prise en charge psychosociale – PSS, Communication des risques et engagement communautaire – CREC) des zones de santé de Bolenge [4] et Mbandaka ainsi qu'aux organisations non-gouvernementales (ONG) partenaires (MSF, Oxfam, ALIMA). Des recommandations ont été développées par les différents acteurs cités ci-dessus (voir plus bas).



Les frontières et les noms indiqués et les désignations employées sur cette carte n'impliquent pas reconnaissance ou acceptation officielle par l'Organisation des Nations Unies.

Date de création : 15 Septembre 2020 Sources : UNICEF, OCHA, MSF, OSM Feedback : www.unicef.org

Réalisée par  OCHA

La méthodologie utilisée pour l'étude et les résultats complets sont disponibles en ligne [ici](#).

RÉSULTATS CLEFS ET ANALYSES

| Les résultats des études Perceptions et comportements | Réflexions, proposition d'actions sur la base des discussions avec les partenaires |
|---|---|
| <p>1) Les interventions les plus efficaces pour arrêter la propagation de la maladie : le listage et le suivi des contacts, l'enterrement digne et sécurisé (EDS), la vaccination, l'isolement, la décontamination, etc., ne sont pas cités comme les plus importantes et efficaces par les communautés.</p> | <ul style="list-style-type: none"> · Mettre la priorité sur les interventions les plus importantes pour arrêter la transmission : (1) listage et suivi des contacts (2) EDS (3) vaccination · Les modes de prévention doivent être expliqués en lien avec les modes de transmission de la maladie. Par exemple : le virus se transmet fortement à partir des corps des personnes décédées de la maladie, c'est pour ça qu'on doit faire des EDS (mode de transmission/moyen de couper la transmission – exemple des « F-Diagram » utilisés pour les maladies diarrhéiques). |
| <p>2) Il existe une confusion autour des symptômes de la maladie, qui est causée par la différence entre les symptômes montrés par la Réponse (hémorragiques surtout) et les symptômes des personnes malades que les communautés voient (signes secs, qui peuvent paraître anodins et sont très communs – comme la fatigue, ou les douleurs musculaires).</p> <p>A noter : Une analyse systématique des définitions de cas publiée en 2020 a trouvé que le symptôme "fatigue intense" est un signe fortement prédictif de la MVE - voir l'article complet ici.</p> <p>Conséquences :</p> <ul style="list-style-type: none"> · Refus de certaines interventions qui ne sont pas perçues comme nécessaires : l'EDS, les diagnostics ne sont pas crus, etc. · Le délai avant de recourir aux soins pour ces signes n'est pas réduit (pas de changement positif souhaité dans les comportements en santé). Cela contribue au cercle vicieux de la croyance que le centre de traitement Ebola (CTE) et l'isolement conduisent à la mort | <ul style="list-style-type: none"> · Communiquer sur tous les signes, en utilisant les comparaisons avec les autres maladies connues (par exemple, paludisme ou choléra) ; en prenant en compte les spécificités de l'épidémie actuelle. · Lors de la communication sur les symptômes, faire le lien avec les modes de transmission et les moyens de prévention : les signes d'Ebola ressemblent à ceux d'autres maladies mais la transmission d'Ebola est particulière (fluides corporels). Communiquer sur le fait qu'en période d'épidémie, la vigilance est importante, en prenant les mesures de précaution suivantes : <ol style="list-style-type: none"> 1. Garder une distance avec les personnes très malades et accepter de recevoir de l'aide 2. Le contact direct peut mettre les proches à risque de maladie sévère 3. Augmenter le niveau d'hygiène · Lors de la communication sur les symptômes, expliquer clairement aux communautés ce qu'il convient de faire lors de l'apparition des signes qui ressemblent à Ebola : qui appeler et quand ; que se passe-t-il lorsqu'on fait une alerte (détailler et expliquer le processus des alertes), etc. Il est important d'expliquer la définition d'une alerte dans une langue et un langage compréhensibles. · Communiquer sur l'importance de la prise en charge précoce pour augmenter les chances de survie (pourquoi pas en utilisant les guéri-e-s qui sont volontaires ? – noter que toutes les activités impliquant les guéri-e-s doivent prendre en compte le risque potentiel de stigmatisation) <p>Réflexion : Comment permettre aux femmes et au personnel de santé de savoir distinguer les saignements liés à la grossesse avec les signes de la MVE ? (Expliquer le lien épidémiologique pour la transmission de la maladie).</p> |
| <p>3) L'éloignement géographique et le fait que les équipes soient vues comme composées d'inconnus sont deux raisons principales citées pour expliquer le refus de l'isolement et des EDS.</p> | <ul style="list-style-type: none"> · Garantir que les équipes (notamment d'EDS et dans les centres de transit-CT/CTE) soient composées de membres issus des communautés locales, qui parlent les langues localisées et connaissent les coutumes de la zone ; dans les zones à forte population autochtone, les équipes devraient refléter cette répartition ethnique. · Renforcer les solutions d'isolement délocalisées et appuyer les équipes/structures afin de les rendre plus adaptées et acceptables pour les communautés. · Envisager les options de prélèvement et traitement à domicile dans les cas de villages particulièrement reculés et difficiles d'accès. |

| Les résultats des études Perceptions et comportements | Réflexions, proposition d'actions sur la base des discussions avec les partenaires |
|---|--|
| <p>4) Le personnel de santé local est la source d'informations de confiance privilégiée pour les communautés.</p> <ul style="list-style-type: none"> 59% du personnel soignant estiment avoir une connaissance moyenne sur la MVE et seulement 17 % d'entre eux se sentent capables de donner des explications sur la MVE aux patients et à la communauté. Moins d'un tiers des répondant-e-s disent avoir reçu des informations de la part de médecins sur la MVE au cours du dernier mois. | <ul style="list-style-type: none"> Former le personnel de santé, à la fois sur la maladie et sur la manière d'en parler pour faire passer des messages aux communautés et répondre à leurs questions sur la prise en charge et la chaîne de transmission (« que faire si vous êtes malade, comment avez-vous pu être exposé à la maladie ? etc. »). Former et encourager le personnel à communiquer dans les langues locales en utilisant la terminologie la plus appropriée, de manière respectueuse et sur des sujets sensibles tels que la santé et la mort. La formation des tradipraticiens (y compris tradimodernes) est également importante, au même titre que les autres soignants. Vu la difficulté logistique à organiser des formations dans les ZS et AS, considérer des alternatives pour le renforcement des capacités comme l'accompagnement (mentoring) des équipes par du personnel senior sur le terrain pendant quelques jours, feedback constructifs et éducatifs sur les rapports envoyés à la coordination, utilisation de WhatsApp (dissémination de matériel avec support éducatif), etc. |
| <p>5) Moins de la moitié du personnel de santé interrogé se sent complètement capable de pouvoir lutter contre la MVE :</p> <ul style="list-style-type: none"> 45 % se sentent suffisamment informé et formé pour arrêter la transmission de la MVE dans leur structure ; 31 % rapportent que leur structure est suffisamment équipée pour arrêter ou prévenir les infections nosocomiales ; 30 % se sentent capables de détecter un cas suspect. | <ul style="list-style-type: none"> Former le personnel de santé à la détection des cas suspects (symptômes + liens épidémio). Appuyer le personnel de santé et les structures avec le matériel nécessaire pour la PCI et comment l'utiliser pour prévenir les infections nosocomiales. Former le personnel de santé à l'hygiène menstruelle et aux aspects de santé sexuelle et reproductive. |
| <p>6) Concernant le CTE, beaucoup de questions et d'inquiétudes autour de la prise en charge (nourriture, traitement), la prise en charge des autres maladies, des visites de la famille.</p> | <ul style="list-style-type: none"> Utiliser des supports vidéo ou images pour montrer l'intérieur du CTE (en plus d'organiser des visites). Utiliser les témoignages des guéri-e-s et des déchargé-e-s non-cas pour parler sur la prise en charge dans le CTE. |
| <p>7) Manque de compréhension et méfiances autour de certaines interventions :</p> <ul style="list-style-type: none"> « Je ne vois pas l'importance de la décontamination » « Le vaccin peut infecter avec Ebola » « La décontamination amène la maladie » | <ul style="list-style-type: none"> Renforcer les capacités de toutes les équipes d'intervention d'expliquer les interventions de la Réponse leur objectif et leur importance de manière simple et précise, dans les langues locales. Utiliser les faits scientifiques (dans un langage simple) pour communiquer sur la vaccination : on constate une forte réduction du risque d'infection chez les personnes infectées avant exposition au virus et une réduction de moitié de la létalité chez les personnes qui ont été vaccinées et infectées par la suite. Utiliser l'expérience des personnes qui ont été vaccinées pour témoigner sur les effets secondaires : réaction les premiers jours seulement. <p>Comment répondre aux questions autour des méfiances sur les intérêts politiques et financiers dans l'épidémie ?</p> |

UTILISATION DES ANALYSES POUR ORIENTER LES INTERVENTIONS DE RÉPONSE

Recommandations co-développées par la CASS avec les acteurs sur place [5]

Afin de renforcer l'opérationnalisation des résultats de l'analyse de sciences sociales, la CASS a adopté une approche participative pour élaborer des recommandations et a mis en place un système de suivi de leur mise en œuvre.

PCI : Les deux recommandations identifiées par les équipes de PCI se basent sur les résultats des études conduites en Equateur mais aussi sur les expériences et études menées dans le Nord-Kivu, qui ont **mis en lumière l'importance d'un accompagnement des structures de manière régulière pour atteindre une amélioration du niveau de PCI durable**. Cet accompagnement ne peut se limiter à des formations et évaluations ponctuelles, mais nécessite un suivi des

structures et du personnel afin qu'équipes de PCI et structures sanitaires travaillent ensemble vers le même objectif.

- Insister sur l'accompagnement (mentoring) du personnel de santé dans le temps, après la phase de formations.
- Juste après la phase d'évaluation, mettre en place avec la FOSA un plan d'action pour améliorer les différents axes et avec un chronogramme ;

PSS : Les recommandations identifiées par les équipes de prise en charge psychosociale abordent 3 points principaux, qui sont ressortis des études menées en Equateur mais aussi dans le Nord-Kivu. D'abord, **la peur de l'isolement et du CT/CTE qui est fortement liée à la peur de la mort** (les CTE sont associés à des lieux de mort) ; or les déchargé.e.s non-cas et les personnes guéries sont la preuve qu'il est possible de sortir vivant du CT/CTE. Ensuite, **l'importance pour toutes les équipes de Réponse d'agir d'une manière harmonisée**, avec les rôles et interventions clairement définis et communiqués, mais aussi cohérente, **dans le respect des communautés et dans une approche commune d'engagement communautaire**. Finalement, il est question de **la pérennisation ou durabilité des**

interventions Ebola, et l'importance de répondre aux problématiques humanitaires autres que la MVE dans les zones d'intervention.

- Renforcer les capacités de tous les acteurs sur l'approche Psychosociale, en organisant des séances d'information avec les différentes commissions
- Valoriser l'approche intégrée par escalier lors des interventions dans les communautés
- Intégrer les guéri.e.s et les déchargé.e.s non-cas dans la Réponse pour contrer la perception que l'isolement conduit à la mort
- Pérenniser les activités de prise en charge Psychosociale dans les communautés, qui pourront continuer après l'épidémie

CREC : Les résultats qui sont ressortis des études menées par la CASS en Equateur durant les mois de juin et juillet ont permis de montrer **des problématiques connues dans le cadre des épidémies de MVE, à savoir, la peur du CTE qui représente l'inconnu et la mort, l'importance d'impliquer les soignants traditionnels (tradipraticiens et tradimodernes)**, etc. Les recommandations identifiées par la Commission CREC proposent donc des approches pour prendre en compte ces résultats.

De plus, l'étude a mis en lumière la nécessité de communiquer sur les interventions prioritaires favorisant l'interruption des chaînes de transmission, par les moyens de communication les plus adaptés (messages du personnel soignant en langue locale à la radio).

- Organiser les visites de CTE pour les familles
- Organiser des émissions avec le personnel soignant
- Renforcer la vulgarisation des messages sur les moyens de prévention les plus efficaces : la vaccination, les enterrements dignes et sécurisés, la décontamination...

- Avoir une réunion de suivi avec l'équipe de feedback communautaire réunissant les autres piliers
- Ajuster les heures de diffusion et des spots sur les chaînes de média
- Impliquer les tradipraticiens (y compris les tradimodernes) dans la Réponse.

Autres exemples d'utilisation des données

- Intégration des recommandations de la [note d'orientation](#) sur les interventions de Surveillance dans le briefing des équipes de surveillance des ZS de Mbandaka, Bolenge et Wangata par le Ministère de la Santé.
- Les résultats clés de l'étude seront utilisés par MSF France pour préparer le contenu des messages lors des activités de promotion de la santé prochainement mises en place [6].
- Les résultats de l'étude de Bikoro seront présentés et discutés avec les équipes de PCI d'ACF à leur demande, pour contribuer à leur formation.
- Le [glossaire](#) de Translators Without Borders (TWB) pour la RDC, contenant 400 termes ainsi que des alternatives locales pour communiquer des concepts sensibles sur la santé, sera bientôt disponible en lingala makanja avec une application téléchargeable pour utilisation hors-ligne.
- L'intégration des recommandations de la CASS dans les programmes UNICEF sera renforcée par la contribution de la CASS au développement des projets d'UNICEF avec ses partenaires de mise en œuvre.

DÉFIS

Qualité et disponibilité des données

La qualité et complétude des données collectées par les équipes de terrain sont encore insuffisantes ; à quoi s'ajoutent des difficultés pour partager ces données de manière régulière à la Coordination.

En conséquence, les équipes de coordination ainsi que la cellule d'analyse ne peuvent avoir de vision claire des dynamiques de l'épidémie et des performances des interventions de réponse.

A noter : les grèves de prestataires durant le mois d'août ont eu un impact grave sur le partage des informations et la collecte de données entre autres;

et mettent en lumière l'importance de travailler à renforcer l'engagement et l'implication des équipes zonales (au-delà des questions de paiements).

- **Renforcer les capacités des équipes de terrain pour améliorer la qualité des données collectées et compilées et assurer un accompagnement régulier.**
- **Renforcer le système de partage de l'information entre terrain et coordination (et vice versa), en tenant compte des contraintes liées à la faible couverture téléphonique de la zone.**

Prélèvements dans les communautés et approches d'isolement décentralisées

En raison notamment des contraintes d'accessibilité des zones affectées, des approches d'isolement et de prélèvement décentralisés ont été mises en place. Un des objectifs de ces approches est également de réduire les peurs liées aux CT/CTE, qui sont synonymes d'éloignement, d'inconnu et suscitent la défiance des communautés.

Toutefois, de nombreux cas sont rapportés d'individus suspects qui quittent le centre d'isolement local (ou le CT) avant l'arrivée des résultats des tests ou qui refusent de se rendre dans les structures spécialisées (CTE) lorsque les résultats reviennent positifs ; et qui remettent en question la pertinence de l'approche décentralisée selon certains membres de la Réponse.

Les raisons de ces comportements de la part des individus suspects peuvent être multiples :

1. Délai long entre prélèvement et résultats pouvant aller jusqu'à 10 jours, en raison de l'éloignement avec les laboratoires.
2. Isolement fait dans des conditions précaires : structures non adaptées (pas de circuits, absence de latrines, etc.), manque de médicaments pour la prise en charge des autres maladies, etc.
3. Préférence de rester près de leurs proches et communautés lors de la maladie.

- **Investir dans les aspects logistiques pour réduire les délais entre prélèvement et résultats: transports, communication, capacités des laboratoires, etc.**
- **Appuyer les structures d'isolement locales afin de renforcer le niveau de PCI et garantir une prise en charge de qualité pour les patients.**
- **Mener des analyses pour évaluer les approches d'isolement et de prélèvement décentralisés afin de prendre des décisions sur des bases scientifiques.**

Prise en compte des peuples autochtones

Les peuples autochtones sont présents dans les zones affectées (et dans certaines sont majoritaires) et ont déploré de nombreux individus confirmés à la MVE. Cependant, la prise en compte significative des problématiques propres aux peuples autochtones ne se fait pas systématiquement par les équipes de la Réponse et les partenaires. Ils ne sont pas représentés dans toutes les équipes de la Réponse de manière

proportionnelle à leur présence dans la zone (**une (01) personne autochtone dans une équipe ne veut pas dire représentation !**).

- **Appuyer et encourager les initiatives visant à l'intégration réelle et la prise en compte des problématiques des peuples autochtones dans les efforts de réponse contre la MVE.**

Surveillance à base communautaire

Les difficultés d'accès, le ralentissement, voire même l'arrêt, des activités de la Réponse suite aux grèves du mois d'août, le faible niveau d'alertes dans plusieurs zones, etc., renforcent l'importance de la mise en œuvre d'un système de surveillance à base communautaire (SBC). De telles initiatives ont été lancées dans certaines aires de santé avec pour objectif principal l'augmentation du nombre d'alertes. Comme expliqué dans la note d'orientation sur les interventions de Surveillance développée par la CASS et ses partenaires au début de l'épidémie, l'investigation des

alertes qui ne répondent pas à la définition demande de déployer des ressources financières, humaines et logistiques qui sont limitées dans le cadre de la Réponse actuelle.

- **Assurer et renforcer la formation des équipes de surveillance communautaire (relais communautaires, membres des CAC), des travailleurs de la santé, afin de bien comprendre la définition d'une alerte et de pouvoir prendre des décisions adaptées en fonction de la situation.**

Connaissances et capacités linguistiques

Il existe peu de données sur les langues parlées dans les différentes zones touchées ainsi que de faibles de capacités dans les langues locales, notamment en termes de traducteurs expérimentés et formés, d'outils de terminologie et de matériel en langues locales. Cela réduit les possibilités de former et d'appuyer le

personnel de terrain à la traduction des concepts clés de la Réponse de manière localisée et appropriée.

- **Encourager et renforcer la collecte de données linguistiques et leur utilisation pour adapter la communication des équipes de réponse.**

À SUIVRE : ANALYSES PRÉVUES

· Cellule d'analyse

Analyses comparatives des barrières et motivateurs à la participation des communautés dans les interventions clés de la Réponse : analyses intégrées et multidisciplinaires visant à identifier les facteurs communs dans les zones avec plus ou moins de participation, afin de pouvoir adapter les approches.

· CASS

2ème phase de l'étude Perceptions et comportements liés à la MVE auprès des populations

et du personnel de santé (enquête quantitative représentative) : lancée courant septembre afin de suivre et analyser des changements éventuels après les 3 premiers mois de réponse.

· Translators without Borders (TWB)

Etude sur les barrières linguistiques et de communication avec l'objectif de tester la compréhension des messages CREC et appréhender les besoins et préférences en communication, y compris pour les peuples autochtones.

PARTENAIRES ET CONTRIBUTEURS À CE DOCUMENT



Ce document a été développé par la CASS, avec ses partenaires :

- La Cellule d'analyse, sous l'égide du Ministère de la santé Publique (MSP) congolais : OMS, FICR, Epicentre, CDC
- Anthrologica (SSHAP)
- Translators without Borders (TWB)

WHO, Regional Office for Africa, Weekly bulletin on outbreaks and other emergencies, week 35, 24 – 30 August 2020
<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/334083/OEW35-2430082020.pdf>

Disponibles ici : <https://drive.google.com/drive/folders/1Btk11rD7Rs5tea4hx1yeJIQaEhKUAc0c?usp=sharing>

Les notes ont été développées avec la contribution de l'OMS, TWB, de la FICR, de l'ITM, de MSF-Epicentre et d'Oxfam, sous la direction et les conseils du Ministère de la Santé.

Les recommandations développées avec les équipes de Bolenge l'ont été avant que la zone ne rapporte son premier cas confirmé. Après son passage en zone active, les recommandations applicables sont susceptibles de changer.

Le suivi des recommandations codéveloppées avec les commissions et acteurs de la Réponse (par étude, zone) est disponible en ligne sur le MONITO de la CASS : <https://drive.google.com/drive/folders/1lqOdufESXEdY8JXSWUqmXYamZZ7sP68?usp=sharing>

Un résumé des résultats et proposition d'actions clés a été partagé, et est disponible ici : <https://drive.google.com/file/d/14MiNepqYoijdfPslkwLlgoy3VbpJq25/view?usp=sharing>

Contacts for this Brief

Dr. Dorothée Bulemfu, Ministère de la Santé
dobulemfu@gmail.com

Marie-Amélie Degail Chabrat, Organisation mondiale de la santé
degailm@who.int

Anais Legend, Organisation mondiale de la santé
leganda@who.int

Mira Gratier, Translators Without Borders
mira@translatorswithoutborders.org

Laure Vernier, Translators Without Borders
laure@translatorswithoutborders.org

Denis Ardiét, Epicentre
Denis.ARDIEt@epicentre.msf.org

Rebecca Coulborn, Epicentre
Rebecca.COULBORN@epicentre.msf.org

Eva Niederberger, Anthrologica SSHAP
evaniederberger@anthrologica.com

Gwendolen Eamer, International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies
gwen.eamer@ifrc.org

Giulia Earle-Richardson, CDC
evy8@cdc.gov

Christine Dubray, CDC
ffg5@cdc.gov

Pia Huq, Cellule d'analyse en sciences sociales (CASS)-UNICEF
phuq@unicef.org

Simone Carter, Cellule d'analyse en sciences sociales (CASS)-UNICEF
scarter@unicef.org