

Recommandations : Revue rapide des enseignements tirés des sciences sociales et comportementales sur Ebola pour la flambée épidémique de virus Bundibugyo (2026) Province de l'Ituri, RDC

Le 15 mai 2026, une flambée épidémique survenue au sein de la zone de santé de Mongbwalu, dans la province de l'Ituri, a été identifiée comme étant liée à la maladie à virus Ebola (virus Bundibugyo). Avec des cas signalés simultanément en Ouganda, le 17 mai 2026, l'OMS a déclaré la flambée épidémique comme une urgence de santé publique de portée internationale (USPPI).

La province de l'Ituri fait face à des crises croisées continues en matière de sécurité, d'économie et de santé (voir la [note contextuelle](#) d'accompagnement sur la province de l'Ituri du MHRN pour plus de détails). Le contexte de conflit complexe constitue un défi majeur (voir la note contextuelle sur la province de l'Ituri). Un autre défi majeur est l'absence de vaccins ou de traitements homologués contre le virus Bundibugyo, ce qui suscite des craintes et une incertitude accrues. L'efficacité de la riposte dépendra de la confiance, de la coopération et de l'appropriation de la part de la communauté, et non de la coercition, ainsi que d'interventions bien établies : dépistage précoce, recherche des contacts, gestion des cas avec accompagnement, enterrements dignes et sécurisés et engagement communautaire.

La note est structurée comme suit : Une **synthèse de deux pages indique des considérations clés et des recommandations** extraites d'une revue rapide des enseignements tirés de recherches en sciences sociales et comportementales (SSC) antérieures sur le virus Ebola. Elle met en évidence des perspectives essentielles pour des actions de riposte adaptées à l'échelle locale et éclairées par le contexte, qui tiennent compte de la crise humanitaire globale. Le **texte complet** (qui suit directement ci-dessous) comprend l'analyse documentaire des recherches en SSC sur Ebola.

Mesures de santé publique :

- Contexte, « climat de méfiance » et peur. Les interventions contre Ebola sont interprétées à travers des expériences passées et quotidiennes de pénuries, de violences et de survie. La confiance est le résultat de la manière dont les ressources, l'autorité et les bénéfices de la riposte sont distribués et perçus. Une riposte basée sur la peur, coercitive ou ignorant l'histoire est susceptible d'amplifier le scepticisme et les préoccupations d'ordre pratique existants des populations, et peut s'avérer inefficace.
- Les recommandations en matière de Prévention et Contrôle des Infections (PCI) sont essentielles au sein de tous les établissements de santé, y compris au niveau le plus local, compte tenu du nombre élevé de décès parmi les agents de santé. Les recommandations en matière de PCI devraient également être étendues aux aidants et aux professions à haut risque (chauffeurs de *boda boda*,¹ vendeurs ambulants). Théoriquement, les recommandations sont concrètes, adaptées à ces groupes et non stigmatisantes.
- Recherche des contacts et isolement : des termes tels que « quarantaine » présentent des connotations différentes selon les langues et les cultures (en français, il y a une connotation de violation des droits). Il est essentiel de comprendre la diversité des compositions des ménages et des familles (par exemple, pas uniquement la famille nucléaire), les normes sociales relatives à la prestation de soins et les pratiques culturelles. Sur le plan linguistique, plusieurs langues sont parlées avec des variantes locales. La mobilité est élevée dans cette région.

- Points d'entrée : Les communautés frontalières entre la RDC et les pays limitrophes sont étroitement liées par leurs activités quotidiennes. Les chauffeurs de *Boda boda* opèrent au-delà des frontières et sont susceptibles de transporter des malades. Le recours aux soins est l'un des facteurs de déplacements entre la RDC et l'Ouganda. Les messages qui se contentent de dire aux populations de ne pas traverser les frontières les ont incitées à emprunter des itinéraires indétectables.
- Surveillance communautaire : Les réseaux communautaires ont été efficaces pour améliorer le dépistage précoce des maladies et élargir l'accès aux soins, y compris lors de la flambée épidémique survenue en 2018-2020. Toutefois, les données probantes issues des SSC soulignent l'importance de comprendre l'hétérogénéité des communautés, la connotation inhérente à la « surveillance », la définition de cas et l'engagement dans la conception de la surveillance.

¹Chauffeurs de *boda boda* (motos-taxis).

Gestion des cas :

- Les communautés en tant que partenaires. Les approches qui traitent les familles et les communautés comme des partenaires sont plus efficaces que les modèles descendants ou coercitifs. Les principales stratégies efficaces mises en œuvre lors de la flambée épidémique de virus Ebola survenue en 2018–2020 en RDC comprennent : le modèle du *Village d'Accompagnant* (qui permet aux proches de rester à proximité des patients) ; des « journées portes ouvertes » dans les centres de traitement avec des visites familiales supervisées et des célébrations publiques des survivants ; ainsi qu'une approche globale intégrant les soins de santé primaires, les interventions WASH, la nutrition, la santé mentale et les services d'assistance pour les victimes de violence basée sur le genre (VBG) dans la riposte contre le virus Ebola.
- La décentralisation des soins est également essentielle, en particulier dans les régions isolées, pour faciliter un accès précoce et réduire la transmission.

Enterrements Dignes et Sécurisés :

- Les protocoles d'Enterrements Dignes et Sécurisés doivent être négociés avec les familles, les communautés et les dirigeants de confiance à l'échelle locale afin de garantir qu'ils sont appropriés et acceptables.
- Les croyances chrétiennes, islamiques et autochtones exigent toutes d'être prises en considération ; la crémation et les enterrements de masse ne sont pas considérés comme appropriés sur le plan culturel.
- L'enterrement est un processus en plusieurs étapes : la préparation, le lavage, le déplacement, le deuil et l'enterrement, chacune ayant une signification sociale, culturelle et spirituelle profonde, et présentant des risques de transmission. Les rites funéraires ont été adaptés avec succès lors de flambées épidémiques antérieures et cette approche doit être suivie à nouveau. Les données probantes quantitatives issues de la flambée épidémique survenue en 2018-2020 indiquent que les EDS réussis et opportuns ont

contribué à réduire l'incidence de 7 à 40 %, et lorsque plus de 40 % des EDS se sont bien déroulés, la transmission est tombée en dessous des seuils d'extinction de l'épidémie.

Communication des risques :

- Langue. Une communication multilingue et locale est essentielle. Elle doit clairement faire la distinction entre le virus Bundibugyo de la souche Zaïre du virus Ebola. Les termes techniques tels que « vaccin », « désinfecter » et « décontaminer » ne se traduisent pas facilement et doivent être standardisés dans les langues locales, pas uniquement dans les langues officielles ou nationales. L'utilisation du mot « résistance » pour décrire le comportement communautaire est inefficace ; concentrez-vous plutôt sur les facteurs qui favorisent le renforcement de comportements positifs et permettent de surmonter les obstacles.
- Recommandations concrètes. Une communication des risques adaptée, associée à un accompagnement comportemental concret et réaliste, permet de responsabiliser les populations. Les recommandations générales qui sont déconnectées des réalités locales (par exemple, « se laver les mains » au sein de régions privées d'eau potable) suscitent la frustration.
- La prestation de soins – à domicile et au sein d'établissements – est principalement assurée par des femmes, ce qui les expose à un risque disproportionné. Les soins auxiliaires et de santé communautaire sont également majoritairement prodigués par des femmes. Le cumul des rôles d'aidants doit être pris en considération dans la riposte.

Engagement communautaire :

- Insécurité persistante. La présence des groupes armés et un passé marqué par des massacres de civils déterminent la perception des intervenants comme étant neutres de la part des communautés.
- Les communautés ne sont pas homogènes ; les dynamiques de pouvoir et des conflits impliquent que les plus vulnérables sont moins susceptibles d'avoir accès aux informations et aux ressources. Considérez vos interlocuteurs comme des intervenants actifs.
- Une cartographie des pouvoirs rapide est recommandée. Les principaux groupes à mobiliser comprennent les chefs locaux, religieux et traditionnels ; les organisations de jeunes et de la société civile ; les guérisseurs traditionnels ; les chauffeurs de *boda boda* et les responsables des transports ; ainsi que les associations de vendeurs ambulants, et les réseaux d'individus qui gèrent les mines artisanales (voir la note contextuelle sur la province de l'Ituri). Il est à noter que toutes les personnes influentes n'occupent pas de fonctions officielles.
- Population autochtone. Environ 35 000 Mbuti vivent dans les régions forestières de l'Ituri et sont confrontées à la discrimination et au déplacement, ce qui peut engendrer une perte de confiance à l'égard du gouvernement et des autorités locales. La riposte doit collaborer avec des intermédiaires de confiance afin de garantir la prise en considération des besoins des communautés autochtones.

Vaccins et traitements expérimentaux :

- L'engagement communautaire et le suivi des « rumeurs » et de l'anxiété doivent être mis en œuvre immédiatement. Il n'existe aucun vaccin ni traitement homologué contre le BDBV, ce qui rend probable la mise en œuvre d'essais cliniques rapides.
- La planification de scénarios est un outil efficace pour impliquer les populations dans les communications et la conception d'essais cliniques.
- L'hésitation vaccinale chez les professionnels de la santé (souvent motivée par des préoccupations liées aux effets secondaires) doit également être abordée, compte tenu de leur influence sur les patients.

Note intégrale : Revue rapide des enseignements tirés des sciences sociales et comportementales sur Ebola pour la flambée épidémique de virus Bundibugyo (2026) Province de l'Ituri, RDC

Le 15 mai 2026, une flambée épidémique survenue au sein de la zone de santé de Mongbwalu, dans la province de l'Ituri, a été identifiée comme étant liée à la maladie à virus Ebola (virus Bundibugyo). Avec des cas signalés simultanément en Ouganda, le 17 mai 2026, l'OMS a déclaré la flambée épidémique comme une urgence de santé publique de portée internationale (USPPI).

La province de l'Ituri fait face à des crises imbriquées continues en matière de sécurité, d'économie et de santé (voir la note contextuelle d'accompagnement sur la province de l'Ituri pour plus de détails). Un contexte de conflit complexe, l'absence de contrôle gouvernemental efficace ou de monopole de la violence, le traumatisme intergénérationnel et la méfiance préexistante profondément ancrée au sein de la communauté constituent un défi majeur.

L'une des préoccupations majeures est l'absence actuelle de contre-mesures médicales telles que des vaccins (le développement d'un vaccin expérimental peut prendre 9 mois) et des traitements homologués contre la souche Bundibugyo, tandis que les diagnostics sont en nombre insuffisant et que les autorités sanitaires s'appuient sur des laboratoires nationaux de référence.^{1,2} Cela, ainsi que le délai entre la propagation de la maladie et la confirmation de la flambée épidémique, a contribué à un sentiment d'incertitude exacerbée et d'anxiété collective. Bien que ces incertitudes soient susceptibles de persister, il existe des données probantes solidement établies issues de publications en SSC sur le virus Ebola concernant les types d'interventions et les mesures de santé publique qui doivent être mises en œuvre de manière rigoureuse et appropriée, y compris celles relatives au dépistage précoce de la maladie et à la recherche des contacts, au traitement symptomatique dans des centres de traitement, aux enterrements dignes et sécurisés, et à l'engagement communautaire. Ces mesures nécessiteront la coopération, l'engagement et la confiance du public dans la riposte, plutôt que des mesures basées sur des interventions armées, la coercition ou l'intimidation.

Les données probantes en SSC issues de flambées épidémiques survenues au cours des 12 dernières années révèlent que **la mise en place d'une riposte fiable consiste généralement à fournir des recommandations concrètes en matière de santé publique, à comprendre les contraintes d'ordre pratique et contextuel auxquelles les populations sont confrontées, ainsi qu'à les aider à prendre des mesures au sein de leur foyer et de leur communauté.** Même dans des situations complexes à haut risque, il existe des mesures moins coûteuses et à faible risque qui peuvent être prises par les intervenants et les communautés. Toutefois, la riposte fragmentée dans un contexte de réductions du financement et de renouvellement des effectifs présente des défis importants.³⁻⁵ Malgré cela, la réduction des financements pérennes pour ce type de surveillance, de sensibilisation et d'engagement communautaires fondés sur les SSC, ainsi que pour la communication des risques, parmi d'autres mesures de santé publique, rendra plus difficile la mise en œuvre d'interventions appropriées en temps opportun. Il existe également des aspects spécifiques relatifs au contexte qui doivent être pris en considération afin de comprendre la dynamique des maladies et concevoir des ripostes adaptées à la situation locale.

Cette revue rapide comprend les enseignements tirés de recherches en sciences sociales et comportementales (SSC) antérieures sur le virus Ebola, et met en lumière des informations essentielles pour les actions de riposte.

Mesures de santé publique :

Contexte, « climat de méfiance » et peur. Des recherches en SSC antérieures réalisées sur les flambées épidémiques de virus Ebola survenues dans l'est de la RDC ont révélé un « climat de méfiance » dans les interactions entre les intervenants et les communautés, qui se manifeste, par exemple, dans la notion populaire selon laquelle « Ebola est un business ». ⁶ Les recherches en SSC ont révélé que cela était profondément enraciné et reposait sur des griefs réels et compréhensibles : 1) antécédents de violence coloniale et postcoloniale qui continuent de structurer les dynamiques de pouvoir actuelles, 2) frustration avec les acteurs humanitaires et les forces de maintien de la paix pour assurer une sécurité adéquate, 3) le déferlement rapide d'attention et de ressources qui s'ensuit lors d'une flambée épidémique de virus Ebola et le décalage entre cela et un manque d'attention/une pénurie de ressources en temps normal, y compris en période de conflit, et 4) un contexte de factionnalisme politique et militaire dans le cadre duquel les motivations des dirigeants sont susceptibles d'être considérées comme suspectes dans la mesure où l'autorité publique est contestée (*l'autorité publique* fait référence au fait que, dans certaines régions, y compris au sein de zones touchées par le conflit, plusieurs institutions ou groupes sont susceptibles de détenir l'autorité) et la confiance est faible. ⁶⁻⁹ Le manque de confiance découle également d'expériences d'exploitation perçue, à l'échelle macroéconomique, dans le cadre de l'extraction internationale des ressources, et à une échelle plus locale, par la perception selon laquelle les organisations internationales et non gouvernementales « tirent profit » de la fourniture de l'aide.

La notion selon laquelle « Ebola est un business » était un commentaire critique formulé par les communautés concernant les distorsions et l'économie politique inégalitaire générées par la riposte à hauteur de plusieurs milliards de dollars au cours de la période 2018-2020, qui ont contribué à la création d'une industrie de contrats de location surévalués, de systèmes de pots-de-vin, de sociétés de sécurité privées et de paiements politiques annexes. ¹⁰ Lorsque les élections ont été reportées lors de la flambée épidémique de virus Ebola dans les régions touchées, le virus a fini par être considéré comme une invention politique visant à supprimer le bastion de l'opposition. ¹⁰

Ce contexte politique est important, notamment les antécédents de conflits, le contrôle du M23 sur les territoires situés dans certaines régions de l'Est, les flambées épidémiques de virus Ebola récurrentes, l'extraction artisanale et abusive des ressources, ainsi que le manque d'accès aux soins de santé. Lors de flambées épidémiques de virus Ebola antérieures survenues dans l'est de la RDC, le sentiment général était que les personnes n'avaient d'importance qu'en période d'épidémie. ⁶ Cela a été alimenté par le fait que depuis 2013, les massacres commis par un réseau opaque d'acteurs armés contre des civils se sont poursuivis dans la région mais ne sont pas parvenus à susciter la même attention à l'échelle internationale ou nationale que la riposte contre le virus Ebola en 2018-2020. Les actions de riposte contre le virus Ebola ne peuvent pas être séparées de l'urgence humanitaire de plus grande ampleur ; les initiatives d'engagement communautaire de courte durée mises en œuvre pour lutter contre la flambée épidémique survenue en 2018-2020, et non la crise humanitaire de plus grande ampleur, étaient trop limitées et ont contribué à éroder davantage la confiance. ⁶

Les actions de riposte basées sur la peur, ou qui ignorent ce contexte historique et politico-économique, sont susceptibles d'échouer ou de rencontrer une « résistance ». Les recherches en SSC ont révélé que des actions concrètes pouvaient être réalisées, à l'échelle locale et adaptées au contexte. Par exemple, pour humaniser la riposte, les recherches en SSC ont indiqué que lors de la flambée épidémique survenue en Afrique de l'Ouest, le personnel des centres de traitement d'Ebola (CTE) ont été en mesure de créer un environnement plus accueillant, en permettant aux familles de cuisiner pour les patients, en

favorisant des enterrements respectueux, en fournissant des téléphones portables aux personnes en isolement, en prenant les soupçons au sérieux, en établissant des liens avec des autorités publiques de confiance au sein des régions touchées et en créant des programmes médiatiques qui accordent du temps d'antenne à ces personnalités.⁶

Les recommandations en matière de prévention et de contrôle des infections doivent être renforcées dans les établissements de santé communautaires, au sein desquels des agents de santé sont décédés. Les recommandations peuvent être étendues aux aidants et aux personnes ayant des professions à haut risque. Dans l'est de la RDC, des rapports récents révèlent un climat de peur exacerbée et de perception accrue des risques pour les groupes qui sont en contact avec le public et, par conséquent, ces peurs doivent être prises au sérieux dans le cadre des actions de riposte.^{11,12} Les recommandations concrètes et adaptées en matière de PCI doivent tenir compte des professions spécifiques à haut risque, comme les chauffeurs de *boda boda* et les vendeurs ambulants ainsi que les mesures qu'ils peuvent prendre pour améliorer la sécurité de leur activité, tout en veillant à ne pas stigmatiser ces groupes.

Recherche des contacts et isolement : les recherches en SSC menées en Guinée ont révélé que des termes tels que *quarantaine* présentaient des significations de valeur différentes en français et en anglais (en français, il y a une connotation de violation des droits).¹³⁻¹⁵ Les recherches en SSC menées au Sénégal et en Guinée lors de la flambée épidémique de virus Ebola survenue en Afrique de l'Ouest ont révélé que les équipes de santé qui avaient passé davantage de temps à essayer de comprendre la diversité des compositions des « familles » (par exemple, pas uniquement la famille nucléaire) avaient une compréhension plus précise des contacts au sein d'un ménage et une appréciation du fait que le terme « ménage » présente des significations différentes selon le contexte.¹⁶ Les logiques sociale et biologique doivent toutes deux être prises en compte dans les décisions relatives à la recherche des contacts et à l'isolement : comprendre la spécificité contextuelle des réseaux sociaux, y compris des éléments tels que la migration circulaire, les responsabilités familiales et les activités commerciales, peut aider à améliorer la précision de la recherche des contacts et potentiellement, également, de la modélisation.⁴ Toutefois, la recherche des contacts sera plus compliquée dans les zones difficiles d'accès.

Points d'entrée : Les recherches en SSC menées au sein des régions frontalières (RDC-Ouganda, RDC-Rwanda) ont révélé à quel point ces communautés étaient interconnectées avec les personnes qui traversent la frontière pour leurs activités quotidiennes courantes comme, par exemple, s'occuper d'une exploitation agricole, aller chercher de l'eau, se rendre au marché et dans des établissements de santé.¹⁷⁻²⁰ Le recours aux soins est l'un des facteurs de déplacements entre la RDC et l'Ouganda, où les établissements de santé sont perçus comme étant plus faciles d'accès dans la région frontalière occidentale (cela s'est avéré vrai avec les deux cas importés à Kampala). Des travaux antérieurs ont démontré que les messages incitant à « ne pas traverser » avaient conduit les populations à emprunter des itinéraires plus risqués/indétectables (*panya routes*) plutôt qu'à s'arrêter. Les chauffeurs de *Boda boda* opèrent au-delà des frontières et, dans certains cas, sont susceptibles de transporter des personnes malades ou décédées.^{17,18} Il existe également une forte activité de contrebande à la frontière avec l'Ouganda, qui s'étend du « commerce transfrontalier informel » à petite échelle aux activités de contrebande impliquant les armées nationales et les groupes armés, ainsi que les intermédiaires et les petits commerçants. Le lac Albert est également un corridor commercial majeur, qui relie les marchés ougandais, kényan et tanzanien, avec des économies halieutiques traditionnelles et des réseaux commerciaux transfrontaliers (y compris la concurrence autour de la pêche, de la terre et du pétrole). L'Ouganda a fermé les postes frontaliers lacustres, même si des recherches en SSC

antérieures ont indiqué que cela se poursuivra au moins dans une certaine mesure de manière informelle, la nuit et via des points de passage non réglementés.

Surveillance communautaire : Les données probantes issues des SSC indiquent que les réseaux communautaires ont été efficaces pour améliorer le dépistage précoce des maladies et élargir l'accès aux soins, y compris lors de la flambée épidémique survenue en 2018-2020.^{21,22} Dans le cadre d'une étude, la surveillance communautaire a été déployée par phases avec une supervision stricte et un allègement de la charge de travail, tandis que les cas ont été orientés vers un centre de traitement intégré disposant d'unités de dépistage de la MVE et d'isolement, ainsi que de services de soins de santé primaires (SSP) gratuits, de services d'orientation et d'un réseau d'ambulanciers.²¹ Il est important de noter que ces activités ont contribué à fournir un continuum de soins qui répondait aux besoins de la communauté en matière de santé. Toutefois, d'autres données probantes issues des SSC soulignent l'importance relative à la compréhension de l'hétérogénéité des communautés (voir la note consacrée aux communautés dans ce document), la connotation de « surveillance » et l'importance de l'engagement et de la flexibilité dans la conception de la surveillance. Plus d'informations dans cette [Note stratégique de la SSHAP](#). Des recherches en SSC antérieures menées au Sénégal lors de l'épidémie survenue en Afrique de l'Ouest ont également révélé qu'une dépendance excessive vis-à-vis de critères utilisés pour la définition des cas, comme par exemple la « fièvre » avait engendré une suridentification des cas de MVE.²³

Gestion des cas :

Les données probantes issues des SSC ont révélé que les stratégies de gestion des cas qui considèrent les familles et les communautés comme des partenaires sont plus efficaces que les approches descendantes ou coercitives. Le modèle du « Village d'Accompagnant », qui permettait aux personnes ayant parcouru de longues distances d'accompagner les proches malades et de rester à leur chevet, s'est révélé efficace lors de l'épidémie survenue en 2018-2020.²⁴ Cela a contribué à favoriser l'acceptation par la communauté de la gestion des cas au sein d'établissements. Les CTE qui autorisaient des visites familiales supervisées lors de « journées portes ouvertes » organisaient également des cérémonies publiques célébrant les patients qui avaient guéri, ce qui a aidé à contrer la croyance générale selon laquelle les CTE sont des lieux où l'on emmène les gens pour mourir.²⁵ Une autre tactique efficace a été la mise en œuvre d'une approche globale dans la riposte, qui comprenait l'intégration de soins de santé primaires, d'infrastructures WASH, de services de nutrition, de services en SMSPS et d'aide et d'écoute pour les victimes de violences basées sur le genre (VBG) dans la riposte contre le virus Ebola – plutôt que de traiter la gestion des cas d'Ebola de manière isolée. Cela s'est avéré utile pour accroître l'adhésion communautaire aux activités (dépistage, recherche des contacts). Cela permet également d'empêcher l'effondrement des services de routine au sein desquels la mortalité pourrait augmenter sans lien avec le virus Ebola (par exemple, le choléra est devenu endémique dans cette région).^{24,26,27} D'autres recherches en SSC ont mis en évidence la nécessité d'envisager des soins décentralisés, en particulier dans les zones isolées et difficiles d'accès, afin de faciliter un accès plus précoce aux soins et de maîtriser l'excrétion virale.²⁸ Cela pourrait inclure le renforcement des activités de surveillance communautaire (tout en veillant à ce que les agents de santé communautaires disposent d'EPI suffisants) ou, si nécessaire, la gestion de cas communautaire.^{21,22,29}

Enterrements Dignes et Sécurisés :

Les protocoles d'Enterrements Dignes et Sécurisés doivent être adaptés au contexte local afin de garantir que la signification symbolique et émotionnelle des pratiques sociales demeure intacte. Compte tenu des récents incidents de violence, liés à des enterrements, il est préférable de négocier cela au niveau local avec les communautés et les dirigeants de confiance, et d'adapter aux besoins familiaux et culturels. Des données probantes antérieures indiquent que les procédures funéraires, à l'instar d'autres aspects de la culture locale, sont flexibles et peuvent être adaptées.³⁰ Parmi les communautés Lese, par exemple, on conserve le corps du défunt entre 2 et 3 jours avant l'enterrement pour s'assurer qu'il « ne reviendra pas à la vie. » Parmi les communautés Ngiti, on n'utilise pas de cercueils, mais on enveloppe le corps du défunt dans du tissu et des couvertures pour le déplacer.³¹ Les communautés Bira intègrent un Mbuti en tant que chef de deuil dans leurs rites funéraires, et le chef de deuil Mbuti manipule le corps et peut parler au nom du défunt. Les enterrements des Mbuti sont moins « formels », sans cercueil, avec des tombes peu profondes et peu de rituels.³²

Les enterrements sont susceptibles de ne pas se limiter à un événement unique, mais représentent généralement une série d'événements qui consistent à préparer/laver le corps, le déplacer, porter le deuil, et enterrer des défunts. L'expérience a montré que ces processus présentaient le risque le plus élevé en termes de contagion, mais également des risques sociaux, culturels et spirituels s'ils sont mal réalisés (par exemple, l'âme du défunt ne reposera pas en paix). Cela nécessite d'être traité avec beaucoup de précaution et de tact, et de considérer ces préoccupations sociales/spirituelles en tant que priorité pour les communautés locales. Il existe également des données probantes tangibles issues des SSC que ces coutumes peuvent être adaptées et que cela a été le cas lors de flambées épidémiques de virus Ebola.^{33–35}

Les considérations spécifiques relatives aux EDS peuvent inclure :

- Le soutien des communautés pour qu'elles jouent un rôle de premier plan dans l'adaptation des rituels et permettre la personnalisation des enterrements et la reconnaissance de statut.
- L'implication des membres de la communauté/des proches dans les différentes parties du rituel (lavage, etc.) et la collaboration avec les chefs religieux et les dirigeants communautaires.
- Le fait de voir le défunt, ce qui est important dans certains contextes. Lors de l'épidémie survenue en 2018-2020 en Équateur, des alternatives ont été proposées aux populations (par exemple, des photos du proche décédé, etc.). Le fait de voir et de savoir exactement ce qui se passe (et ce qui est censé se passer) aide à maintenir la confiance dans les EDS. Cela implique une communication proactive et transparente avec les familles et les communautés.
- La réduction du délai entre le décès et l'arrivée des équipes en charge des enterrements (et, si possible, l'intégration des populations locales au sein de ces équipes).
- L'offre d'un soutien psychosocial aux familles en deuil si nécessaire. Les premiers intervenants et les équipes en charge des enterrements doivent être formés à la communication compatissante et aux approches de soutien psychosocial, et être capables de négocier de manière appropriée avec la famille endeuillée.
- Les pratiques culturelles doivent être intégrées dans l'élaboration de recommandations locales pour des enterrements dignes et sécurisés, y compris non seulement les traditions chrétiennes (plusieurs confessions chrétiennes sont

représentées ici) et islamiques, mais aussi les croyances religieuses locales.^{36,37} La crémation et les enterrements de masse ne sont pas appropriés sur le plan culturel, notamment compte tenu du chevauchement et de la diversité des systèmes de croyance.³⁸ Il a été signalé qu'un enterrement de masse avait incité des familles à cacher leurs malades au Libéria.³⁹

Communication des risques :

- Langue. Une communication multilingue et locale est essentielle, y compris pour communiquer les différences entre la souche Bundibugyo et la souche Zaïre du virus Ebola. Il est nécessaire que les organisations et autorités nationales et internationales impliquées dans la riposte soutiennent davantage les communicateurs locaux.⁴⁰
 - Des recherches antérieures menées dans l'est de la RDC ont révélé que des termes très complexes tels que « vaccin », « désinfecter » et « décontaminer » étaient particulièrement difficiles à traduire dans les langues locales et pouvaient facilement être mal traduits ; tandis que « cas suspect » présente des connotations d'actes répréhensibles et de criminalité.
 - Les données probantes issues des SSC soulignent l'importance cruciale des traductions standardisées d'informations et de concepts, qui doivent être partagées avec les agents de santé et les agents communautaires de proximité dans les langues locales, et pas uniquement dans les langues officielles et nationales.⁴⁰
 - Les recherches en SSC mettent en évidence l'importance de la communication dans la riposte, et le type de langage utilisé peut établir des discours inefficaces, par exemple, l'utilisation du mot « résistance » pour décrire l'incapacité ou la réticence de la communauté à observer les mesures de contrôle.^{10,36} Le fait de se concentrer sur les facteurs habilitants et de comprendre ce qui limite la conformité des populations s'est avéré plus efficace.
- Les recherches en SSC menées en Guinée ont révélé que des termes tels que *quarantaine* présentaient des significations de valeur différentes en français et en anglais (en français, il y a une connotation de violation des droits).¹⁶

Les recommandations formulées par Traducteurs sans frontières/CLEAR Global sont directement liées à cette flambée épidémique.

Recommandations concrètes. Les premiers rapports mettent en évidence un « climat de peur » dans les zones touchées de l'est de la RDC et dans les villes de la région. Des recherches en SSC antérieures ont révélé que des recommandations personnalisées en matière de communication des risques (par exemple, pour les chauffeurs de taxi ou les vendeurs ambulants), associées à des mesures de PCI concrètes, permettaient aux populations de se sentir davantage habilitées à agir par elles-mêmes.¹⁷ Les flambées épidémiques antérieures accompagnées de recommandations telles que le « lavage des mains » dans des régions au sein desquelles les populations n'ont pas accès à l'eau potable peuvent involontairement contribuer aux frustrations ou à la déception vis-à-vis de la riposte, au lieu de les atténuer.⁴¹ Des recherches antérieures ont également révélé que certains travailleurs du secteur des transports avaient une perception plus faible des risques liés au virus Ebola, mais cela dépend fortement du contexte et doit être évalué par le biais de recherches en SSC complémentaires.¹⁷

La prestation de soins est sexospécifique. Comme on le dit si souvent, Ebola est une maladie d'amour, et la prestation de soins et les rôles de genre sont étroitement liés. Des recherches antérieures sur le virus Ebola dans l'ouest de l'Ouganda ont révélé que les soins à domicile et à l'hôpital étaient majoritairement prodigués par des femmes, ce qui augmente leur risque de contracter la maladie.⁴² De nombreux agents de santé auxiliaires, basés au sein de la communauté et des établissements, sont également des femmes, même si, de manière générale, les agents de santé présentent un risque très élevé de contracter le virus Ebola et, par conséquent, le cumul des rôles d'aidant doit être pris en considération.⁴³

Engagement communautaire :

La dynamique des conflits doit également être prise en considération, dans la mesure où il s'agit d'une région qui abrite de nombreux groupes armés, dont les ADF, et qui pourrait influencer davantage l'engagement communautaire que lors des flambées épidémiques antérieures, même si l'épicentre actuel se trouve dans une région relativement moins instable. Il y a des antécédents de massacres de civils parmi les actions militaires menées contre les ADF, notamment en 2013.⁹ Ces dynamiques peuvent limiter les opportunités sécurisées d'engagement communautaire et pourraient également influencer la perception des membres de la communauté selon laquelle les intervenants qui réalisent des activités cliniques et de CREC sont neutres et légitimes, ou alignés sur des autorités spécifiques. Les actions de riposte doivent veiller à ne pas alimenter les tensions et dynamiques existantes (voir ci-dessous).

Les communautés ne sont pas des unités homogènes,⁴⁴ tel que l'ont indiqué les recherches en SSC, et les dynamiques de pouvoir et des conflits au sein des communautés impliquent que les populations les moins proches des dirigeants locaux ou d'autres personnes au pouvoir sont moins susceptibles d'avoir accès aux ressources, y compris aux informations sanitaires. Envisagez des manières d'atteindre les personnes les plus vulnérables et socialement isolées au sein des communautés, et renseignez-vous sur la dynamique d'un lieu spécifique, par le biais des informations fournies par les agents de santé locaux et d'autres acteurs/intermédiaires locaux de confiance. La cartographie des pouvoirs rapide, y compris par le biais de discussions avec les locaux, peut aider.⁴⁵ Les recherches en SSC menées sur le virus Ebola à Mathaineh, en Sierra Leone, ont révélé que bien que les initiatives biomédicales aient notablement fait défaut, des initiatives communautaires tant informelles que formelles avaient été mises en œuvre pour fournir des soins et atténuer l'infection.⁴⁶ Dans l'est de la RDC, pour appuyer l'idée selon laquelle les communautés ne sont pas des unités homogènes, les réseaux armés se sont progressivement ethnicisés au fil du temps, et le recrutement humanitaire des populations locales peut alimenter et refléter les tensions et conflits existants, et influencer l'accès et la sécurité.⁴⁷ C'est particulièrement le cas pour la province de l'Ituri.

Les principaux groupes et parties prenantes Les groupes et circonscriptions clés à mobiliser comprennent : les chefs locaux, religieux et traditionnels ; les organisations de jeunes et de la société civile et les groupes de pression politiques ; les guérisseurs traditionnels et les herboristes ; les chauffeurs de *boda boda* (moto-taxi) et les responsables des transports en commun ainsi que les associations de vendeurs ambulants. Des recherches en SSC antérieures ont révélé que les conducteurs de *boda boda* opéraient en tant que « véhicules d'urgence », en transportant des malades ou des défunts vers des hôpitaux ou leurs villages d'origine pour être enterrés.¹⁸ Il y a une peur accrue parmi les vendeurs ambulants qui interagissent avec le public. Il s'agit également de personnes qui ne sont pas en mesure de changer d'emploi ni de cesser leur activité car, de manière générale, elles disposent d'une épargne et de mécanismes de protection limités. Il est essentiel de fournir aux dirigeants de

leur association des recommandations pratiques et de les impliquer dans les actions de riposte.

Il est à noter que toutes les personnes influentes n'occupent pas de fonctions officielles – l'identification des personnes en lesquelles les populations ont confiance par le biais du dialogue avec les communautés peut s'avérer extrêmement utile pour garantir que les bonnes personnes sont mobilisées et que certaines catégories de la population ne sont pas laissées pour compte.

Populations autochtones. Les groupes vulnérables comprennent les Bambuti indigènes qui vivent dans les régions forestières de l'Ituri, au nord-est de la RDC, dont le nombre s'élève à environ 35 000. Les Bambuti sont confrontés à des niveaux extrêmement élevés de discrimination, de violence, au déplacement, ainsi qu'à une perte de confiance dans le gouvernement.⁴⁸ Assurez-vous de trouver des personnes de confiance au sein de ce groupe, qui peuvent aider à exprimer les besoins et les expériences de ce groupe qui, dans le cas contraire, seraient ignorés.

Vaccins et traitements expérimentaux

La souche Bundibugyo du virus Ebola ne dispose actuellement d'aucun vaccin ou médicament homologué.⁴⁹ Il est donc probable que des essais cliniques rapides devront être mis en œuvre.^{50,51} Deux essais cliniques parrainés par l'OMS pourraient bientôt commencer, sous réserve de l'approbation de la RDC et de l'Ouganda, pour des traitements expérimentaux, tandis que des options de vaccins sont susceptibles d'être disponibles ultérieurement. La planification de scénarios est un outil efficace pour impliquer les membres de la communauté dans la conception d'un essai et dans une campagne de vaccination.⁵²

Influence du contexte sur les essais cliniques futurs. Les recherches en sciences sociales dans le domaine des essais cliniques peuvent offrir des informations cruciales sur l'expérience des participants, l'influence du contexte dans la détermination des perceptions du produit candidat et des décisions de participer, et mettre en lumière les expériences de l'ensemble de la communauté ainsi que les perspectives sur la recherche clinique en cours au sein de leurs régions. Par le passé, l'est de la RDC a accueilli deux essais cliniques majeurs sur le virus Ebola (EBOV) et de nombreux enseignements peuvent être tirés de cette expérience, bien que le Nord-Kivu et l'Ituri représentent des contextes très différents. Les recherches en sciences sociales menées dans le cadre de ces essais ont révélé que l'anxiété suscitée par les essais vaccinaux s'inscrivait dans un contexte politique : en particulier, les antécédents collectifs d'extraction coloniale, d'expérimentation médicale et de violence, ainsi que la négligence politique.⁷ Après deux essais sur la même épidémie menés dans l'est de la RDC, il y avait une inquiétude particulière concernant le fait que l'on se contentait de tester les vaccins dans un but lucratif pour les sociétés pharmaceutiques et les élites nationales et que l'on utilisaient les populations locales comme « cobayes ». ⁷ En effet, les essais vaccinaux contre Ebola sont devenus l'objet d'un débat bioéthique international ainsi que d'un débat et d'un désaccord politique national au Congo, avec la démission très médiatisée du ministre de la Santé qui avait exprimé des objections au deuxième essai.⁵³ Les rumeurs et les préoccupations exprimées lors des essais cliniques sur le virus Ebola représentaient également une préoccupation plus généralisée concernant les interventions médicales, la méfiance à l'égard du gouvernement et des acteurs externes ainsi qu'une anxiété accrue en des temps incertains plutôt que des malentendus concernant l'intervention réelle.^{7,9,10} Parmi les membres du personnel soignant, l'une des causes fréquentes de l'hésitation vaccinale était la crainte des effets indésirables. Compte tenu de l'influence qu'ils sont susceptibles d'avoir sur la volonté des patients à se faire vacciner, il serait important d'aborder également l'hésitation parmi les membres du personnel soignant et de fournir une dose de rappel.^{54,55}

Participation aux essais cliniques et communication. Des données probantes récentes issues des SSC dans la province du Nord-Kivu ont révélé que l'adhésion à la vaccination contre le virus Ebola était élevée parmi cette population, même si des attitudes mitigées et des retards de vaccination demeuraient fréquents. Concernant le deuxième vaccin contre Ebola, lorsque les populations pouvaient se porter volontaires, par exemple, les recherches existantes indiquent qu'elles se portaient volontaires afin d'accéder à une protection, à des soins de santé gratuits ou en raison de préoccupations concernant la mobilité.⁵⁶ La communication d'informations positives sur les vaccins, l'accent mis sur l'efficacité du vaccin contre le virus Ebola et la mobilisation des chefs religieux pour promouvoir la vaccination pourraient contribuer à augmenter le taux de vaccination contre le virus Ebola lors de flambées épidémiques ultérieures.⁵⁷

Engagement communautaire et suivi des rumeurs. Étant donné qu'il existe désormais des vaccins homologués contre la souche EBOV, dont les vaccins Merck et Janssen qui ont été testés dans l'est de la RDC, il pourrait également y avoir d'autres préoccupations et une certaine confusion concernant la raison pour laquelle une autre maladie également appelée Ebola nécessite davantage d'essais. Par conséquent, l'engagement communautaire et le suivi des rumeurs concernant le vaccin et les traitements contre le virus Bundibugyo peuvent commencer dès que possible, et assurément avant qu'un essai clinique ne soit initié (voir les recommandations [ici](#)). La période précédant le début de la recherche clinique fournit également une opportunité stratégique d'impliquer les membres de la communauté dans des consultations portant sur la conception de la recherche clinique et la coproduction de protocoles.⁵⁸ Cela peut garantir l'intégration efficace des aspects pertinents inhérents au contexte local (par exemple, dans la mesure où les stratégies de subsistance locales sont susceptibles d'influencer le choix du meilleur moment ou le mode d'administration du vaccin), le fait que des délibérations éthiques significatives au niveau local puissent être prises au sérieux et que l'accès soit équitable. Les données probantes issues des SSC inhérentes à la campagne de vaccination contre la mpox réalisée dans l'est de la RDC mettent en évidence des stratégies d'engagement dans un contexte de contestation de l'autorité publique.⁵⁹

Remerciements

Cette note a été rédigée par Megan Schmidt-Sane (IDS) avec la collaboration d'Annie Wilkinson (IDS), de Luisa Enria (LSHTM), de Myfanwy James (LSE), de Jules Villa (Institut Pasteur), de Santiago Ripoll (IDS), de Juliet Bedford (Anthrologica), de Jennifer Majer (IMC), et de Hayley MacGregor (IDS).

Ce projet a été financé par le Foreign, Commonwealth & Development Office (FCDO) du gouvernement britannique par l'intermédiaire du Science for Emergencies Centre (SEC), dans le cadre du portefeuille Global Research and Technology Development (GRTD). Les opinions exprimées dans cette note sont celles des auteurs et ne reflètent pas nécessairement les politiques ou positions officielles du FCDO, du gouvernement britannique ou de ses partenaires.

Références

1. *Ebola disease caused by Bundibugyo virus, Democratic Republic of the Congo & Uganda.* (n.d.). Extrait le 19 mai 2026, de <https://www.who.int/emergencies/disease-outbreak-news/item/2026-DON602>
2. *Scientists play catch-up to startling Ebola outbreak.* (n.d.). Extrait le 19 mai 2026, de <https://www.science.org/content/article/scientists-play-catch-startling-ebola-outbreak>
3. Nichols, M. (2025, February 11). Congo humanitarian operations hit hard by Trump aid pause, says UN official. *Reuters*. <https://www.reuters.com/world/africa/congo-humanitarian-operations-hit-hard-by-trump-aid-pause-says-un-official-2025-02-11/>
4. *Financials | Democratic Republic of the Congo | Humanitarian Action.* (n.d.). Extrait le 20 mai 2026, de <https://humanitarianaction.info/plan/1187/financials>
5. *Democratic Republic of the Congo 2026 | Financial Tracking Service.* (n.d.). Extrait le 20 mai 2026, de <https://fts.unocha.org/countries/52/summary/2026>
6. Park, S.-J., Brown, H., Wema, K. M., Gobat, N., Borchert, M., Kalubi, J., Komanda, G., & Morisho, N. (2023). 'Ebola is a business': An analysis of the atmosphere of mistrust in the tenth Ebola epidemic in the DRC. *Critical Public Health*, 33(3), 297–307. <https://doi.org/10.1080/09581596.2022.2128990>
7. 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>
8. Key considerations: The context of North Kivu province, DRC. (n.d.). *Social Science in Humanitarian Action Platform*. Extrait le 20 mai 2026, de <https://www.socialscienceinaction.org/resources/key-considerations-the-context-of-north-kivu-province-drc/>
9. 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>
10. Bisoka, A.N., Vlassenroot, K., & Ramazani, L. (2021). *From Biolegitimacy to Antihumanitarianism: Understanding People's Resistance to Ebola Responses in the Democratic Republic of the Congo*. <https://orbi.umons.ac.be/bitstream/20.500.12907/18346/1/from-biolegitimacy-to-antihumanitarianism-understanding-people-s-resistance-to-ebola-responses-in-the-democratic-republic-of-the-congo.pdf>
11. *'Ebola has tortured us': Fear grips eastern DR Congo as deadly virus spreads.* (2026, May 19). <https://www.bbc.com/news/articles/cvgzj0pqpoyo>
12. Flanagan, J. (2026, May 21). *Fear takes over in the DRC —the ebola outbreak in pictures.* <https://www.thetimes.com/world/africa/article/ebola-outbreak-2026-drc-virus-photos-pictures-6j6n9mc5b>
13. Desclaux, A., Malan, M. S., Egrot, M., Akindes, F., & Sow, K. (2018). [Neglected patients, unexpected effects. Ebola virus disease suspected case experience.]. *Patients Negliges, Effets Imprevus. L'expérience Des Cas Suspects de Maladie à Virus Ebola.*, 30(4), 565–574. OvidMEDLINE(R) <2018>. <https://doi.org/10.3917/spub.185.0565>
14. Pellecchia, U., Crestani, R., Decroo, T., Bergh, R. V. den, & Al-Kourdi, Y. (2015). Social Consequences of Ebola Containment Measures in Liberia. *PLOS ONE*, 10(12), e0143036. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0143036>
15. Pellecchia, U. (2017). *Quarantine and Its Malcontents.* <https://doi.org/10.3167/aia.2017.240203>

16. Desclaux, A., Diop, M., & Doyon, S. (2017). *Fear and containment. Contact follow up perceptions and social effects in Senegal and Guinea* (pp. 209–234).
17. Blanco-Penedo, M. J., Brindle, H., Schmidt-Sane, M., Bowmer, A., Iradukunda, C., Mfitundinda, H., Rwemisisi, J., Mukiibi, G. N., Fricke, C., Carter, S., Kaawa-Mafigiri, D., & Lees, S. (2023). Risk perception of Ebola virus disease and COVID-19 among transport drivers living in Ugandan border districts. *Frontiers in Public Health*, 11. <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpubh.2023.1123330>
18. Schmidt-Sane, M.M., Nielsen, J. O., Chikombero, M., Lubowa, D., Lwanga, M., Gamusi, J., Kabanda, R., & Kaawa-Mafigiri, D. (2020). Challenges to Ebola preparedness during an ongoing outbreak: An analysis of borderland livelihoods and trust in Uganda. *PLOS ONE*, 15(3), e0230683. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0230683>
19. Uganda-DRC Cross-Border Dynamics. (n.d.). *Social Science in Humanitarian Action Platform*. Extrait le 20 mai 2026, de <https://www.socialscienceinaction.org/resources/uganda-drc-cross-border-dynamics/>
20. Rwanda –DRC cross border dynamics. (n.d.). *Social Science in Humanitarian Action Platform*. Extrait le 20 mai 2026, de <https://www.socialscienceinaction.org/resources/rwanda-drc-cross-border-dynamics/>
21. O’Keeffe, J., Takahashi, E., Otshudiema, J. O., Malembi, E., Ndaliko, C., Munihire, N. M., Caleo, G., & Martin, A.I.C. (2023). Strengthening community-based surveillance: Lessons learned from the 2018–2020 Democratic Republic of Congo (DRC) Ebola outbreak. *Conflict and Health*, 17, 41. <https://doi.org/10.1186/s13031-023-00536-7>
22. Ratnayake, R., Tamaro, M., Tiffany, A., Kongelf, A., Polonsky, J.A., & McClelland, A. (2020). People-centred surveillance: A narrative review of community-based surveillance among crisis-affected populations. *The Lancet Planetary Health*, 4(10), e483–e495. [https://doi.org/10.1016/S2542-5196\(20\)30221-7](https://doi.org/10.1016/S2542-5196(20)30221-7)
23. Desclaux, A., Malan, M. S., Egrot, M., Sow, K., & Akindès, F. (2018). Surveillance in the field: Over-identification of Ebola suspect cases and its contributing factors in West African at-risk contexts. *Global Public Health*, 14(5), 709–721. <https://doi.org/10.1080/17441692.2018.1534255>
24. International Medical Corps. (2020). *After Action Review: KAP EVD Program—IMC Response to the 10th Ebola Outbreak, North Kivu and Ituri Provinces, DRC, October 2018–April 2020*. [Workshop Report [Internal Document]].
25. International Medical Corps. (2021). *The 11th Ebola Outbreak—Lessons from the Field. Rapid Response Team operations in Equateur Province, DRC*. [[Internal Document]].
26. Democratic Republic of Congo: Cholera Epidemic 2026 -DREF Operation (MDRCD049) - Democratic Republic of the Congo | Relief Web. (2026, March 16). <https://reliefweb.int/report/democratic-republic-congo/democratic-republic-congo-cholera-epidemic-2026-dref-operation-mdrcd049>
27. Kayembe, H. C.N., Bompangue, D., Linard, C., Muwonga, J., Moutschen, M., Situakibanza, H., & Ozer, P. (2022). Modalities and preferred routes of geographic spread of cholera from endemic areas in eastern Democratic Republic of the Congo. *PLOS ONE*, 17(2), e0263160. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0263160>
28. Lampaert, E., NsioMbeta, J., Nair, D., Mashako, M., De Weggheleire, A., Sprecher, A., M.Coulborn, R., & Ahuka-Mundeké, S. (2024). Evaluation of centralised and decentralised models of care during the 2020 Ebola Virus Disease outbreak in Equateur Province, Democratic Republic of the Congo: A brief report. *F1000 Research*, 13, 642. <https://doi.org/10.12688/f1000research.150755.2>
29. Mwamba, D.K., Akilimali, P. Z., Manianga, C., Kapanga, S., Ngombe, N. K., Shonganye, J., Angendu, K. B., Moullec, G., & Zarowsky, C. (2026). Current Experiences and Practices of Surveilling and Managing Ebola Virus Disease Outbreaks in the Democratic Republic

- of Congo by Involving the Community in a “One Health” Approach. *Pandemics*, 1(1), 3.<https://doi.org/10.3390/pandemics1010003>
30. Moran, M. H. (2017). Missing Bodies and Secret Funerals: The Production of ‘Safe and Dignified Burials’ in the Liberian Ebola Crisis. *Anthropological Quarterly*, 90(2), 399–421.
 31. Burial, Funeral and Mourning Practices in Équateur Province, DRC. (n.d.). *Social Science in Humanitarian Action Platform*. Extrait le 26 mai 2026, de <https://www.socialscienceinaction.org/resources/key-considerations-burial-funeral-mourning-practices-equateur-province-drc-2/>
 32. Bitton, D. (n.d.). *Death, Discipline and Domination in the Ituri Rainforest*. Extrait le 26 mai 2026, de https://www.academia.edu/1031841/Death_Discipline_and_Domination_in_the_Ituri_Rainforest
 33. Social Science in Epidemics: Ebola Epidemics Lessons Learned (Evidence Summary). (n.d.). *Social Science in Humanitarian Action Platform*. Extrait le 20 mai 2026, de <https://www.socialscienceinaction.org/resources/social-science-lessons-learned-ebola-epidemics-evidence-summary/>
 34. Bedford, J., & Platform, S. S. in H.A. (2018). *Key considerations: Health beliefs and health seeking behaviours, Équateur Province, DRC*. 7(1162), 1162.
 35. Checchi, F., Eamer, G., Katshitshi, J., Dios, L. R., Kai, A., & Warsame, A. (2025). Effect of a safe and dignified burial intervention on Ebola virus transmission in the eastern Democratic Republic of the Congo, 2018–19: A propensity score analysis. *The Lancet Global Health*, 13(9), e1617–e1626. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(25\)00220-7](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(25)00220-7)
 36. Fairhead, J. (2016). Understanding Social Resistance to the Ebola Response in the Forest Region of the Republic of Guinea: An Anthropological Perspective. *African Studies Review*, 59 (3), 7–31. <https://doi.org/10.1017/asr.2016.87>
 37. Anoko, J. N., & Henry, D. (2019). Removing a Community Curse Resulting from the Burial of a Pregnant Woman with a Fetus in Her Womb. An Anthropological Approach Conducted During the Ebola Virus Epidemic in Guinea. In D.A. Schwartz, J. N. Anoko, & S. A. Abramowitz (Eds), *Pregnant in the Time of Ebola: Women and Their Children in the 2013-2015 West African Epidemic* (pp.263–277). Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-319-97637-2_18
 38. Moran, M. H. (2017). Missing Bodies and Secret Funerals: The Production of ‘Safe and Dignified Burials’ in the Liberian Ebola Crisis. *Anthropological Quarterly*, 90(2), 399–421.
 39. Wilkinson, A. ,& Leach, M. (2015). Briefing: Ebola–myths, realities, and structural violence. *African Affairs*, 114(454), 136–148. <https://doi.org/10.1093/afraf/adu080>
 40. Localized communication minimizes the impact of Ebola in DRC. (n.d.). *Translators without Borders*. Extrait le 19 mai 2026, de <https://translatorswithoutborders.org/resource/localized-communication-minimizes-the-impact-of-ebola-in-drc/>
 41. Hamuli, R. P., Mayhew, S.H., & Sahani, M. K. (2023). Humanitarian sector (international non-governmental organisations) support to the community in Goma city/DRC during the COVID-19 pandemic period: Expectations and reality. *PLOS Global Public Health*, 3(10), e0002086. <https://doi.org/10.1371/journal.pgph.0002086>
 42. Schmidt-Sane, M., Nielsen ,Jannie, Chikombero ,Mandi, Lubowa ,Douglas, Lwanga ,Miriam, Gamusi Jonathan, Kabanda ,Richard, & and Kaawa-Mafigiri, D. (2022). Gendered care at the margins: Ebola, gender, and caregiving practices in Uganda’s border districts. *Global Public Health*, 17(6), 899–911. <https://doi.org/10.1080/17441692.2021.1879895>
 43. Harman, S. (2017). Ebola, gender and conspicuously invisible women in global health governance. In *The International Politics of Ebola*. Routledge.

44. Wilkinson, A., Parker, M., Martineau, F., & Leach, M. (2017). Engaging 'communities': Anthropological insights from the West African Ebola epidemic. *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences*, 372(1721), 20160305.
45. Niederberger, E., & Glanville-Wallis, T. (2019). Community Engagement in WASH Emergencies: Understanding Barriers and Enablers Based on Action Research from Bangladesh and the Democratic Republic of Congo (DRC). *Water*, 11(4), 862. <https://doi.org/10.3390/w11040862>
46. Parker, M., Hanson, T.M., Vandi, A., Babawo, L. S., & Allen, T. (2019). Ebola and Public Authority: Saving Loved Ones in Sierra Leone. *Medical Anthropology*, 38(5), 440–454. <https://doi.org/10.1080/01459740.2019.1609472>
47. Pottier, J. (2006). Roadblock Ethnography: Negotiating Humanitarian Access in Ituri, Eastern Congo, 1999–2004. *Africa*, 76(2), 151–179. <https://doi.org/10.3366/afr.2006.76.2.151>
48. Forgie, E. M.E., Masumbuko Claude, K., & Hawkes, M.T. (n.d.). Perceptions of ebola virus disease among the bambuti hunter group: A mixed-methods study. *Pathogens and Global Health*, 116(4), 244–253. <https://doi.org/10.1080/20477724.2021.1970909>
49. Callaway, E. (2026). Race begins to trial Ebola drugs amid current outbreak. *Nature*. <https://doi.org/10.1038/d41586-026-01607-4>
50. Q&A: Bundibugyo Ebola outbreak in DRC and Uganda – where are the vaccines? (2026, May20). <https://www.lshtm.ac.uk/research/centres/vaccine-centre/news/490891/qa-bundibugyo-ebola-outbreak-drc-and-uganda-where-are-vaccines-2>
51. Schmidt-Sane, M., Vanderslott, S., Rohan, H., & Enria, L. (2025). *Key Considerations: Using Social and Behavioural Science to Inform the Use of Vaccines During Health Emergencies* [Report]. The Institute of Development Studies and Partner Organisations. <https://doi.org/10.19088/SSHAP.2025.013>
52. 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>
53. Monrad, J.T. (2020). Ethical considerations for epidemic vaccine trials. *Journal of Medical Ethics*, 46(7), 465–469. <https://doi.org/10.1136/medethics-2020-106235>
54. Kallay, R., Muhoza, P., Tchoualeu, D. D., Fleming, M., Garbern, S., Makali, S.L., Perera, S.M., Fraterne-Muhayangabo, R., Ombeni, A. B., Tuttle, A., Aberle-Grasse, E., Ortiz, N., Doshi, R., Levine, A. C., & Mbong, E. N. (2026). Perceptions of factors influencing Ebola vaccine acceptance among community members, healthcare workers, and response personnel in Eastern Democratic Republic of the Congo. *PLOS ONE*, 21(4), e0346572. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0346572>
55. Doshi, R.H., Garbern, S. C., Kulkarni, S., Perera, S. M., Fleming, M. K., Muhayangabo, R. F., Ombeni, A. B., Tchoualeu, D. D., Kallay, R., Song, E., Powell, J., Gainey, M., Glenn, B., Mutumwa, R. M., HansBateyi Mustafa, S., Earle-Richardson, G., Gao, H., Abad, N., Soke, G.N., ...Mbong, E.N. (2023). Ebola vaccine uptake and attitudes among healthcare workers in North Kivu, Democratic Republic of the Congo, 2021. *Frontiers in Public Health*, 11. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1080700>
56. 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*, 323, 115833. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2023.115833>

57. Perera, S. M., Garbern, S. C., Mbong, E.N., Fleming, M. K., Muhayangabo, R. F., Ombeni, A. B., Kulkarni, S., Tchoualeu, D. D., Kallay, R., Song, E., Powell, J., Gainey, M., Glenn, B., Mutumwa, R. M., Mustafa, S. H.B., Earle-Richardson, G., Fukunaga, R., Abad, N., Soke, G. N., Doshi, R.H. (2024). Perceptions toward Ebola vaccination and correlates of vaccine uptake among high-risk community members in North Kivu, Democratic Republic of the Congo. *PLOS Global Public Health*, 4(1), e0002566. <https://doi.org/10.1371/journal.pgph.0002566>
58. 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>
59. Risk communication and community engagement for mpox vaccination in eastern DRC. (n.d.). *Social Science in Humanitarian Action Platform*. Extrait le 21 mai 2026, de <https://www.socialscienceinaction.org/resources/key-considerations-risk-communication-and-community-engagement-for-mpox-vaccination-in-eastern-drc/>