

Perceptions communautaires

Enterrement Dignes et Sécurisés – Résumé du cadre d'analyse

Période de référence couverte (23 juil.–10 sept. 2026)



Cette présentation résume le Cadre d'analyse des perceptions communautaires sur les EDS : une synthèse des perceptions, croyances, attitudes et sentiments communautaires portant spécifiquement sur les Enterrements Dignes et Sécurisés (EDS), tirée de rapports partagés par 8 organisations engagées dans la riposte à la 17^e épidémie d'Ebola/MVB (BVD) en République Démocratique du Congo (principalement les provinces de l'Ituri, du Nord-Kivu, du Sud-Kivu et du Haut-Uélé), avec un rapport contributeur (Samaritan's Purse) portant sur la préparation à l'Ebola/MVB (BVD) au Soudan du Sud voisin.

Méthodologie et aperçu des données

✓ PÉRIMÈTRE DE CETTE ANALYSE

9

Organisations ayant contribué aux données

19

Rapports / jeux de données examinés

7

Semaines de référence couvertes (23 juil.–10 sept.)



Organisations : Ministère de la Santé Publique de la RDC (COUSP/Pilier CREC) ; UNICEF ; FICR / Croix-Rouge de la RDC ; AIRA / OMS AFRO ; Africa CDC ; Samaritan's Purse ; GeoPoll ; Ministère de la Santé/OMS RDC (évaluation rapide communautaire RACP).



Types de données : Enquêtes CAP ; bulletins de retours communautaires (visites à domicile, journaux d'alerte RECO/CREC) ; écoute en ligne/ réseaux sociaux ; écoute sociale et communautaire triangulée ; évaluation qualitative par EIC/groupes de discussion ; évaluation rapide communautaire (entretiens avec informateurs clés).



Principales limites : biais d'échantillonnage (données orientées vers les hommes, le milieu urbain et les jeunes) ; lacunes géographiques (p. ex. Sud-Kivu, Tshopo, Bas-Uélé « silencieuses ») ; données de terrain autodéclarées, non représentatives ; les signaux en ligne ≠ opinion publique mesurée ; les données du Soudan du Sud relèvent d'un contexte pays différent ; lacunes de traduction/langues locales ; l'échantillon RACP ne couvre que 2 zones de santé (Lita/Nizi) et a fait appel à des enquêteurs swahiliphones alors que le kilendu était la langue maternelle de nombreux participants ; travail de terrain restreint par la sécurité dans certaines parties de Nizi.



Méthode : chacun des 19 rapports a été examiné pour son contenu relatif aux perceptions communautaires sur les EDS, puis codé selon un cadre à 4 catégories et 20 sous-catégories — en indiquant l'organisation, la période de référence, la zone géographique et toute recommandation explicite formulée.



Analyse assistée par IA : le tri, le codage et la synthèse ont été réalisés à l'aide de Claude (Anthropic) à partir des documents sources fournis ; la relecture humaine par le personnel technique CREC a été effectuée par le Groupe de travail Perceptions Communautaires pour l'Afrique le 14.09.2026.



AfricaCDC
Centre for Disease Control and Prevention

Groupe de travail Perceptions Communautaires — Analyse approfondie EDS



World Health Organization
Africa Region

Depuis début juin 2026, le Groupe de travail Perceptions Communautaires pour l'Afrique coordonné par l'Alliance Africaine de Riposte contre l'Infodémie (AIRA) collecte, analyse et partage chaque semaine des rapports conjoints de perceptions communautaires transmis par les partenaires CREC et sciences sociales opérationnelles travaillant sur la riposte. Cette analyse approfondie des perceptions communautaires sur les Enterrements Dignes et Sécurisés (EDS) s'appuie sur les données partagées par les partenaires ayant collecté des données entre le 23 juillet et le 10 septembre.

À l'aide de Claude AI, les données partagées par tous les partenaires au cours de ces semaines de référence ont été examinées afin d'en extraire le contenu pertinent pour les EDS. Sur cette base, les données de huit organisations comportaient des constats pertinents pour les EDS : la Croix-Rouge de la RDC ; GeoPoll ; UNICEF ; l'AIRA (African Infodemic Response Alliance), opérée sous l'OMS AFRO ; le Pilier COUSP/CREC (le pilier CREC de niveau national du système de gestion des incidents du Ministère de la Santé Publique) ; Africa CDC ; et Samaritan's Purse ; ainsi que le Ministère de la Santé/OMS RDC, dont l'évaluation rapide communautaire des décès (RACP) a couvert les zones de santé de Lita et Nizi en Ituri (10–18 août 2026).

TYPES DE DONNÉES : Enquêtes CAP ou de perception structurées avec indicateurs quantitatifs sur les EDS (enquête CAP nationale GeoPoll ; enquête de perception UNICEF Ituri, n=2 814). Bulletins récurrents de retours communautaires construits à partir de visites à domicile, de causeries éducatives et de journaux d'alerte RECO/CREC, codés selon une taxonomie de retours standardisée (bulletin CRRDC de la FICR/Croix-Rouge de la RDC ; sitreps quotidiens du Pilier CREC du Ministère de la Santé de la RDC). Bulletins d'écoute en ligne et médiatique (Facebook, X, TikTok, Instagram, YouTube, presse) avec regroupement thématique (bulletins d'analyse infodémique AIRA/OMS AFRO). Produits d'écoute sociale et communautaire triangulés combinant surveillance en ligne et réseaux de retours de terrain (rapports d'écoute sociale UNICEF). Journaux de gestion des incidents/rumeurs spécifiques aux refus d'EDS, résistances ou incidents sécuritaires (sitreps CREC du Ministère de la Santé de la RDC ; analyse approfondie comportementale/infodémique BIIM d'Africa CDC). Rapports d'évaluation qualitative par entretiens avec informateurs clés/groupes de discussion (évaluation qualitative rapide CREC de Samaritan's Purse, Soudan du Sud). Évaluation rapide qualitative communautaire des décès basée sur des entretiens avec informateurs clés, commanditée conjointement par le Ministère de la Santé de la RDC et l'OMS (RACP, Ituri, août 2026).

LIMITES : Biais d'échantillonnage — l'échantillon mobile-web de GeoPoll est orienté vers les hommes, le milieu urbain et les jeunes (âge moyen 31 ans) ; l'enquête UNICEF ne couvre que les 18–65 ans dans 6 zones de santé échantillonnées en grappes ; les 33 EIC et 6 groupes de discussion de Samaritan's Purse constituent un petit échantillon qualitatif non aléatoire. Lacunes géographiques — la réunion d'analyse du Ministère de la Santé de la RDC du 28–30 août désigne elle-même le Sud-Kivu, le Tshopo et le Bas-Uélé comme « silencieuses » (aucun signal actif de retour communautaire) bien qu'il s'agisse de provinces touchées ; le rapport de Samaritan's Purse porte sur le Soudan du Sud, un contexte pays/préparation à l'épidémie différent, qui ne doit pas être fusionné avec les statistiques de tendance propres à la RDC. Retours de terrain autodéclarés et non représentatifs — les journaux de retours communautaires de la FICR/Croix-Rouge et du Ministère de la Santé de la RDC sont des échantillons de convenance issus de visites à domicile et de causeries, non des enquêtes randomisées, et ne peuvent être lus comme des estimations de prévalence. Les signaux en ligne sont indicatifs, non des mesures de l'opinion publique — l'AIRA précise explicitement que ses signaux qualitatifs/médiatiques « ne mesurent pas l'opinion publique ni l'adhésion aux allégations » et que certains sont des captures d'écran non représentatives de l'ensemble des conversations. Les données en ligne récoltées par AIRA sont également triangulées avec les données des rapports terrains des équipes CREC de l'OMS. Limites de traduction et d'accès linguistique — les sources sont principalement en français (RDC) et en anglais (Soudan du Sud, GeoPoll) ; l'AIRA surveille également le contenu en swahili ; des nuances en lingala, en swahili ou dans d'autres langues locales peuvent se perdre dans les verbatims traduits. Échantillon qualitatif restreint et géographiquement limité — l'évaluation rapide communautaire des décès RACP ne couvre que deux zones de santé (Lita et Nizi, 123 informateurs clés) et n'est pas représentative de l'Ituri dans son ensemble ; la plupart des entretiens ont été menés en swahili alors que le kilendu était la langue maternelle de nombreux participants, et la maîtrise du kilendu par les enquêteurs était limitée, ce que le rapport lui-même signale comme ayant probablement réduit la profondeur des témoignages sur le vécu émotionnel. Travail de terrain restreint par la sécurité — des conditions sécuritaires ponctuellement instables dans certaines parties de la zone de santé de Nizi ont restreint l'accès à certains sites et empêché le travail de terrain, de sorte que l'échantillon RACP peut sous-représenter les ménages de ces zones.

MÉTHODE : Chacun des 19 rapports inclus a été examiné à l'aide de Claude AI, spécifiquement pour les passages relatifs aux perceptions communautaires sur les Enterrements Dignes et Sécurisés, et le contenu pertinent a été codé selon le cadre catégories/sous-catégories (Confiance ; Connaissances, processus et perceptions du risque spécifiques aux EDS ; Accès et mise en œuvre ; Dimensions sociales, culturelles et éthiques). Cette analyse, y compris l'examen des documents, le codage thématique, la synthèse inter-organisations et l'identification des tendances, doit être considérée comme un outil d'analyse de première ébauche : une relecture et une validation humaines par les partenaires du groupe de travail Perceptions Communautaires et les membres du pilier CREC familiers des rapports sous-jacents sont recommandées avant d'utiliser ce cadre pour orienter des décisions opérationnelles.

Confiance

✓ TENDANCES GÉNÉRALES — 1. CONFIANCE

80–88 %

des répondants accepteraient une équipe EDS formée et équipée — le protocole en soi n'est pas la principale préoccupation

Source : GeoPoll (variable selon la province)

1

Le comportement des équipes EDS alimente davantage la méfiance que les protocoles eux-mêmes. Les refus et les agressions découlent de griefs précis : accusations de vol, corruption, arrivée « militarisée » et manière dont les corps sont traités — et non du principe même de l'EDS.

2

La méfiance institutionnelle s'ajoute à la méfiance propre à l'enterrement. Les allégations de corruption, les agents non payés et les soupçons d'« entretien de la crise » font que le refus est parfois une contestation par procuration, et non une objection propre à l'enterrement.



Groupe de travail Perceptions Communautaires — Analyse approfondie EDS



L'enquête GeoPoll a montré que 80 à 88 % des répondants (selon la province) accepteraient une équipe d'enterrement formée et équipée d'EPI, ce qui indique que le protocole en soi n'est pas la principale préoccupation au sein des communautés. Les agressions contre les équipes d'enterrement et les refus d'EDS sont attribués à une méfiance accumulée (« fossé de confiance », FICR) enracinée dans des griefs précis et répétés : équipes accusées de vol (« Les équipes d'enterrement volent les habits et l'argent du mort »), corruption (croyance que les familles sont facturées pour des services censés être gratuits), arrivée « militarisée » (lorsque le personnel en tenue arrive avant que la famille ne soit préparée), et préoccupation quant à la manière dont les corps des défunts sont traités par les équipes EDS — tels sont les principaux facteurs liés à la méfiance envers les équipes EDS. L'évaluation rapide communautaire des décès RACP (Lita/Nizi) renforce ce constat : les ménages ont signalé avoir reçu un soutien pendant la période d'attente de la part de l'église, des voisins et des comités de camp — explicitement « pas de l'équipe de riposte » — et ont décrit un deuil récurrent marqué par des équipes EDS perçues comme pressées, n'accomplissant ni prière ni rite, et ne laissant à la famille aucun rôle dans l'enterrement.

Indépendamment du comportement des équipes EDS elles-mêmes, les communautés remettent en question la légitimité de l'ensemble de la riposte : allégations de corruption visant des leaders locaux, non-paiement des agents, soupçon que le gouvernement « entretient la crise pour des intérêts financiers » (avec des comparaisons explicites avec l'Ouganda), et incohérences dans les résultats de laboratoire qui minent la confiance dans la chaîne diagnostique alimentant l'EDS. Cela suggère que le refus est parfois une contestation par procuration visant l'intégrité perçue de la riposte, et non une objection propre à l'enterrement.

Connaissances et perceptions du risque — EDS

✓ TENDANCES GÉNÉRALES — 2. CONNAISSANCES ET PERCEPTIONS DU RISQUE (EDS)

- 1 La justification de l'EDS n'est souvent pas acceptée, même lorsque la procédure est comprise.** Les communautés contestent le fait qu'Ebola soit à l'origine du décès ; lorsqu'une autre cause est évoquée ou que les résultats sont en attente, la logique de protection de l'EDS perd en crédibilité.
- 2 Le refus du contact physique/rituel avec le corps constitue un grief majeur — et non le principe même de l'EDS.** « Le sac mortuaire emprisonne l'âme » (AIRA). La toilette traditionnelle du corps persiste malgré les consignes contraires.
- 3 L'acceptation de l'EDS est granulaire et propre à chaque étape, et non une décision unique de type oui/non.** Les familles acceptent une action tout en refusant une autre lors de la même intervention, par exemple en acceptant un prélèvement mais en refusant le sac mortuaire.

88 % accepteront une équipe, seulement **65%** acceptent chaque étape: l'« acceptation » globale masque les vrais points de friction.



Groupe de travail Perceptions Communautaires — Analyse approfondie EDS



Les communautés se demandent pourquoi l'enterrement doit se dérouler « selon les conditions des médecins » (Katwa) et, plus fondamentalement, contestent que la mort soit due à Ebola — lorsqu'un décès est attribué à une autre maladie ou à un accident, ou que les résultats de laboratoire sont en attente, la logique de protection de l'EDS perd en crédibilité (Africa CDC). La faible perception du risque personnel renforce ce constat — les communautés perçoivent l'épidémie comme moins dangereuse que les autres menaces auxquelles elles font face au quotidien (AIRA).

Les enquêtes UNICEF et GeoPoll indiquent qu'environ 64 à 65 % des répondants accepteraient un EDS (l'ensemble des protocoles) pour un décès dû à Ebola. Les données GeoPoll montrent que les deux pratiques EDS les moins acceptées, parmi les quatre testées, sont celles impliquant un contact physique (limitation de la toilette/du contact de la famille avec le corps ; placement du corps dans un sac mortuaire scellé). Sur le plan qualitatif, les constats mettent en évidence la perception selon laquelle enterrer une personne dans un sac mortuaire équivaut à un manque de respect et de considération (« le sac mortuaire emprisonne l'âme », AIRA). Les données confirment également la persistance de la toilette traditionnelle malgré les consignes contraires (Ministère de la Santé de la RDC). Le RACP souligne que les pratiques jugées essentielles à un enterrement digne — l'habillage, les chants, la veillée, le repas communautaire, le défaire des cheveux et l'exposition du corps, ainsi que la séparation des femmes enceintes du fœtus — ont été systématiquement rapportées comme manquantes dès l'arrivée des équipes EDS ; le fait de ne pas toucher le corps a été décrit par certains comme « profondément douloureux et contre nature ».

Plusieurs sources documentent indépendamment des familles qui acceptent une action tout en refusant une autre lors de la même intervention, par exemple en acceptant un prélèvement mais en refusant le sac mortuaire (Africa CDC, Niania). L'enquête GeoPoll met en évidence l'écart : 88 % acceptent une équipe d'enterrement, mais seulement 65 % acceptent les quatre étapes de l'EDS dans leur ensemble. Considérer l'« acceptation » comme un résultat unique sous-estime probablement les véritables points de friction. Les constats du RACP recommandent de considérer les familles/communautés endeuillées comme se situant « quelque part sur ce spectre » de conformité rituelle, plutôt que simplement « conformes ou non ».

Accès et mise en œuvre

✓ TENDANCES GÉNÉRALES — 3. ACCÈS ET MISE EN ŒUVRE

1

Les délais opérationnels constituent l'un des facteurs les plus directs des décès communautaires et des refus d'EDS.

L'enchaînement causal ressort clairement des données : délai d'EDS → famille confinée avec un corps infectieux → panique et hostilité envers la riposte.

2

Les délais reposent sur des pénuries concrètes de ressources. Le Haut-Uélé signale des pénuries de sacs mortuaires pour adultes, d'EPI et de moyens de transport — un problème de défaillance de service à corriger avant de pouvoir reconstruire la confiance.

3

Les griefs liés aux coûts et à la rémunération érodent simultanément la confiance au niveau des ménages et de la main-d'œuvre. Les familles signalent être facturées pour des services censés être gratuits ; les équipes CREC/RECO non payées génèrent une tension parallèle au niveau de la main-d'œuvre.

4

La charge financière et matérielle liée au décès constitue un facteur de détresse distinct, largement non traité. Les frais de cercueils, linceuls, couvertures et vivres s'ajoutent au deuil ; le soutien provient de l'église et des voisins, non des équipes de riposte.

5

Une présence sécuritaire trop marquée des équipes EDS dégrade activement la confiance et augmente les refus. Les approches contraignantes, en tenue ou escortées par la police accroissent la résistance au lieu d'imposer la conformité.

6

Le parcours d'alerte informel, à multiples relais, ajoute lui-même un délai avant même qu'une équipe EDS ne soit dépêchée. Le système d'alerte formel pour les décès est bien moins utilisé que les parcours d'alerte traditionnels/informels.



Groupe de travail Perceptions Communautaires — Analyse approfondie EDS



Les données du Ministère de la Santé pour le Haut-Uélé montrent que seuls 63 % des décès avaient bénéficié d'un EDS au 11 juillet ; Nizi ne dispose que de 3 équipes EDS pour toute la zone, entraînant des délais de récupération de 3 à 5 jours, avec au moins un corps resté sans sépulture pendant 5 jours ; un délai de 72 heures à Niania/Bafwambaya a déclenché une plainte spécifique. Les familles sont, à juste titre, extrêmement frustrées par ces délais — un ménage a procédé lui-même à l'enterrement après avoir attendu jusqu'à midi l'arrivée des équipes EDS. L'enchaînement causal ressort clairement des données : délai d'EDS → famille confinée avec un corps infectieux → panique et hostilité envers la riposte. Les constats du RACP soulignent que « l'équipe EDS a beaucoup entraîné [...] le corps a fait deux jours dans la maison jusqu'à ce que ça a gonflé et s'est déchiré » (cultivateur, Nizi) ; le domicile d'un ménage est resté condamné pendant 21 jours dans l'attente d'une intervention. Le RACP enregistre un délai d'attente de 0 à 3 jours avant l'arrivée de l'équipe EDS.

La couverture par 3 équipes à Nizi et la pénurie signalée de sacs mortuaires pour adultes, d'EPI et de moyens de transport dans le Haut-Uélé montrent qu'une partie du délai relève d'un problème de défaillance de service à traiter avant de pouvoir (re)construire la confiance. Les constats du RACP soulignent que le pré-positionnement d'équipements de protection au centre de santé pour les équipes de jeunes fossoyeurs ECUMER est décrit comme une condition préalable à l'adhésion communautaire, de même que le déploiement d'une ambulance à Mandro et la réparation du pont Ngezi.

Les familles signalent des allégations de facturation pour des services censés être gratuits, notamment la fourniture de cercueils et le creusement des tombes ; séparément, les équipes CREC/RECO et les prestataires locaux non payés génèrent une tension au niveau de la main-d'œuvre qui risque de déstabiliser davantage la fourniture des services d'EDS. Il s'agit de deux griefs financiers distincts, mais tous deux renvoient au même besoin sous-jacent de transparence financière et de redevabilité. Les principales recommandations du RACP incluent le paiement direct des RECO (crédit téléphonique, frais de transport), ceux-ci étant souvent le premier point de contact direct avec un ménage après un décès.

La charge financière et matérielle liée au décès constitue un facteur de détresse distinct, largement non traité. Le RACP documente des ménages — y compris des familles déplacées sans revenu — tenus de couvrir les frais de cercueils, linceuls, couvertures et vivres, s'endettant pour des planches de cercueil empruntées à des comités d'entraide, et perdant matelas et literie brûlés lors de la décontamination, en plus de l'anxiété, de la tristesse et de la peur pendant la période d'attente. Le soutien reçu pendant cette période provenait de l'église, des voisins et des comités de camp — explicitement pas de l'équipe de riposte.

Les approches contraignantes, en tenue ou escortées par la police accroissent la résistance au lieu d'imposer la conformité.

Le parcours d'alerte informel, à multiples relais, ajoute lui-même un délai avant même qu'une équipe EDS ne soit dépêchée. Le RACP documente 4 filières d'alerte des décès en parallèle — traditionnelle/culturelle (chefs de village/groupement), santé (RECO/IT), réseaux informels (voisins/famille), et un système formel « bien moins utilisé » — relevant que chaque relais supplémentaire dans cette chaîne prolonge la présence du corps dans la communauté, augmentant le risque de transmission avant même que l'équipe EDS ne soit alertée.

Dimensions sociales, culturelles et éthiques

✓ TENDANCES GÉNÉRALES — 4. DIMENSIONS SOCIALES, CULTURELLES ET ÉTHIQUES

1

La croyance en une violation corporelle/spirituelle pendant l'EDS constitue un facteur récurrent de refus.

Les rumeurs de vol d'organes, le récit du « cercueil vide » et la croyance selon laquelle « le sac mortuaire emprisonne l'âme » partagent une même angoisse : que l'EDS porte atteinte à l'intégrité corporelle ou spirituelle du défunt.

2

La militarisation de l'enterrement est désignée comme criminalisant directement le deuil.

« Les escortes policières criminalisent le deuil. » Les approches coercitives constituent un thème transversal, à la fois opérationnel et culturel/éthique.

3

L'autorité décisionnelle familiale sur l'enterrement est contestée et peut elle-même être source de délai.

À Niania, un décideur familial a tenté de revenir sur un refus antérieur pour découvrir que des proches avaient déjà agi — une source de délai et d'incohérence encore peu examinée.

4

Les rôles genrés dans les soins et le deuil sont systématiquement documentés mais rarement traités directement par les protocoles EDS.

Des pertes rituelles spécifiques, genrées, touchent les femmes dès l'intervention des équipes EDS



Groupe de travail Perceptions Communautaires — Analyse approfondie EDS



Les rumeurs de vol d'organes (impliquant tantôt des guérisseurs traditionnels, tantôt des agents de santé selon les zones), le récit du « cercueil vide » et la croyance selon laquelle « le sac mortuaire emprisonne l'âme » sont des préoccupations distinctes partageant une même angoisse sous-jacente — celle que l'EDS porte atteinte à l'intégrité ou à la sécurité spirituelle du corps. Les constats du RACP soulignent l'importance culturelle de l'« eau sacrée » utilisée pour laver le corps (également utilisée pour boire et pour cuisiner à l'intention des hôtes des funérailles), ainsi que des rites de préparation du corps tels que le « cassage/redressement des articulations (kuvunjavunja) » et le massage à l'huile de palme, à la vaseline ou avec des solutions à base de plantes.

Les escortes policières/sécuritaires lors d'enterrements ordinaires sont vécues comme traitant le deuil lui-même comme une menace sécuritaire (« les escortes policières criminalisent le deuil »). Les approches coercitives constituent un thème transversal qui se manifeste tant sur le plan opérationnel que culturel/éthique.

Le cas de Niania rapporté par Africa CDC montre un décideur familial tentant de revenir sur un refus antérieur pour découvrir que des proches avaient déjà agi — les conflits d'autorité intrafamiliaux sur le contrôle des décisions d'enterrement constituent une source de délai et d'incohérence réelle mais encore peu examinée. Les quatre filières d'alerte des décès du RACP (traditionnelle/culturelle, santé, réseaux informels, système formel) montrent de même que l'autorité sur le processus allant du décès à l'enterrement est répartie entre de multiples acteurs, parfois concurrents, avant même qu'une équipe EDS ne soit impliquée.

Les rôles genrés dans les soins et le deuil sont systématiquement documentés mais rarement traités directement par les protocoles EDS. Le RACP a constaté que les soins à domicile pendant la maladie sont le plus souvent assurés par les femmes, et a rapporté des pertes rituelles spécifiques, genrées, dès l'intervention de l'EDS : le démontage des tresses des femmes, et la séparation des femmes enceintes du fœtus.

Recommandations pour traiter les problèmes soulevés

✓ **PROJET DE RECOMMANDATIONS, LA VALIDATION AU REGARD DES AXES D'ACTION EST EN COURS**

1 Réduire directement les délais opérationnels	5 Traiter explicitement la dimension financière
2 Changer l'arrivée et le comportement des équipes	6 Mobiliser des acteurs locaux de confiance
3 Restaurer la visibilité et la dignité dans le processus	7 Un engagement communautaire ciblé
4 Considérer l'acceptation étape par étape, et non de manière binaire	8 Plaider contre une réponse militarisée de l'EDS



AfricaCDC
Centers for Disease Control and Prevention

Groupe de travail Perceptions Communautaires — Analyse approfondie EDS



World Health Organization
African Region

Cette diapositive reproduit intégralement le bloc « Synthèse des recommandations pour traiter ces problèmes » figurant à la fin de la Section 4 (Tendances générales) du Cadre d'analyse des perceptions communautaires sur les EDS.

Souligner qu'une ventilation par zone de santé des constats clés et des recommandations, susceptible d'apporter une réponse plus adaptée aux perceptions communautaires observées dans ces zones, est disponible dans le cadre d'analyse complet : [SDB_Community_Perceptions_Analysis_Framework_11092026_FR.docx - Google Docs](#)

Recommandations pour traiter les problèmes soulevés

✓ ACTIONS ENTREPRISES

FICR/Croix-Rouge de la RDC

A renforcé les protocoles EDS par des processus d'engagement communautaire obligatoires et systématiques. A veillé à ce que les points de vue communautaires et les préférences des familles soient intégrés à toutes les décisions relatives à l'EDS. A renforcé la confiance, l'acceptation et la redevabilité grâce à un engagement communautaire proactif. Croix-Rouge

Harmonisation des protocoles entre partenaires

La Croix-Rouge, FHI360 et l'OMS collaborent pour examiner l'interface stratégique entre le CREC et l'EDS, et ont harmonisé leurs protocoles

Exemple de projet de recommandations par zone de santé — à discuter et à suivre au sein de l'ensemble des piliers

Zone de santé / aire de santé	Province	Constats clés	Actions recommandées
Bunia	Ituri	Pôle central de l'activité EDS et lieu d'origine de la rumeur du « cercueil vide »/vol d'organes (verbatim d'un adolescent) ; des gants abandonnés au cimetière de Nyamurongo alimentent les craintes de contamination ; l'usage de la sirène lors des interventions EDS provoque une réaction communautaire négative.	Cesser l'usage de la sirène lors des interventions EDS ; faire appliquer une liste de contrôle pour l'élimination des gants/déchets sur les sites de cimetière ; mettre en œuvre le protocole de « transparence visuelle » de la FICR (2 observateurs familiaux à 2 m) pour contrer la rumeur de vol d'organes.
Komanda (village Mungamba)	Ituri	Incident de violence avec résistance le plus grave documenté dans les données du Ministère de la Santé : équipe EDS agressée, véhicule endommagé, exfiltrée par les FARDC (6 corps enregistrés).	Prioriser le recrutement de « Relais Communautaires EDS » locaux (modèle FICR) avant tout nouveau déploiement ; tenir la réunion de plaidoyer avec les autorités locales proposée dans le sitrep du Ministère de la Santé.
Kilo	Ituri	Résistance structurelle, non épisodique — les familles refusent de remettre les corps aux équipes officielles (« laissez-nous enterrer nos morts », fréquence cumulée de 34) ; risque de dissimulation de la maladie et des décès.	→ Recommandation UNICEF : dialogue direct avec les chefs de famille et les leaders religieux sur le déroulement exact de l'EDS en amont de toute nouvelle alerte, plutôt qu'après un refus.
Nyankunde	Ituri	Incident sécuritaire au niveau d'une structure le plus grave examiné : le CTE lui-même a été attaqué (15–16 juillet) ; 8 aires de santé sur 11 touchées dans la zone.	→ Recommandation UNICEF : poursuivre les 32 dialogues communautaires déjà tenus (plus de 1 500 leaders touchés) et mesurer leur effet sur le taux de refus dans le temps.
Nizi	Ituri	Riposte EDS limitée par la capacité (3 équipes pour toute la zone, délais de récupération de 3 à 5 jours, équipes caillassees), combinée à un sentiment marqué d'évilement du CTE (« un lieu de mort ») et à un récit émergent de rupture de confiance sur les « funérailles secrètes » (sept.). Les constats du RACP documentent un cas où une équipe EDS « a beaucoup entraîné », laissant un corps dans la maison pendant deux jours « jusqu'à ce que ça a gonflé et s'est déchiré » ; le domicile d'un autre ménage resté condamné pendant 21 jours dans l'attente d'une intervention ; et un deuil récurrent décrit par le fait que les équipes EDS ne laissaient « aucun rôle à la famille dans l'enterrement » et utilisaient le sac mortuaire noir.	→ Recommandation AIRA : garantir et communiquer systématiquement la notification documentée de la famille pour chaque EDS réalisé ; augmenter la couverture des équipes EDS. → Recommandation RACP : pré-positionner l'équipement de protection au centre de santé pour les équipes de jeunes fossoyeurs ECUMER (condition préalable à l'adhésion communautaire) ; payer directement les RECO pour leur rôle de premier point de contact après un décès ; associer les leaders religieux à la préparation des équipes et à un bref office religieux avant l'enterrement.
Mangala	Ituri	Une seule plainte précise de monnayage (100 000 FC facturés pour un enterrement) signalée comme suffisante pour bloquer l'adhésion à l'EDS dans cette zone.	Enquêter sur l'allégation de paiement précise et la réfuter publiquement ; faire appliquer et communiquer sur la gratuité réelle des services d'enterrement.
Rwampara	Ituri	Globalement réceptif à la sensibilisation (issues « EDS réalisé » documentées après conscientisation des familles), mais une brèche grave et connexe dans le contrôle des infections — des chiens pénétrant la zone à haut risque du CTE la nuit — menace de compromettre la confiance acquise.	Sécurisation urgente du périmètre du CTE (signalée comme une correction à réaliser sous 72 heures lors de la réunion d'analyse du Ministère de la Santé) ; poursuivre l'approche de préparation des familles qui a montré des résultats ici.

Ces recommandations sont des exemples formulés dans les rapports individuels des partenaires, dont le rapport joint est base. Elles sont sujettes à discussion avec les piliers de la réponse et les acteurs terrains avant toute validation et mise en œuvre.

Contact du groupe de travail sur les perceptions communautaires:
hoelodie@who.int

Coordinatrice AIRA
OMS Afrique