

# CELLULE D'ANALYSE EN SCIENCES SOCIALES | CASS

## Appui en sciences sociales pour la COVID-19 : leçons apprises note 3

Recommandations pour les programmes humanitaires de la COVID-19 issues des données en sciences sociales acquises durant la réponse à l'épidémie d'Ebola dans l'Est de la RDC

22 mai 2020

Financé grâce au soutien de :



Ces documents ont été développés par UNICEF pour la CASS, sous financement de Wellcome et DFID. Ils ont été revus par des partenaires de GOARN-recherche, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), Anthrologica, London School of Hygiene and Tropical Medicine (LSHTM), Harvard Humanitarian Initiative (HHI), la Fédération Internationale de la Croix-Rouge (FICR), l'Institut de Médecine Tropicale d'Anvers (IMT), Traducteurs sans Frontières (TWB), MSF-Epicentre, NOVETTA et l'Université d'Oxford.

## Contexte

Depuis août 2018, les provinces du Sud-Kivu, du Nord-Kivu et de l'Ituri, à l'Est de la République Démocratique du Congo (RDC) sont touchées par une épidémie de maladie à virus Ebola (MVE). Le bilan est de [3404 cas et plus de 2240 décès](#), dont de nombreuses femmes et enfants. Tandis que de nouveaux cas ont continué d'être rapportés au début de l'année 2020 (dont les derniers en avril, deux jours avant la déclaration prévue de fin de l'épidémie), une nouvelle pandémie est survenue. La COVID-19, causée par un nouveau coronavirus, a été découverte dans la ville de Wuhan en Chine à la fin de l'année 2019 et s'est répandue depuis à travers le monde, infectant plus de [2,7 millions de personnes](#)<sup>1</sup>.

En février 2020, les premiers cas ont été rapportés sur le continent africain, et en avril, des cas avaient été recensés dans 52 pays. Les

modèles prédictifs de la propagation de la COVID-19 sur le continent varient dans leurs estimations ; toutefois les analyses autour des [impacts secondaires](#) de la pandémie sur la santé, [la pauvreté et la stabilité](#) dans des contextes déjà fragiles sont unanimes. La COVID-19 exacerbe les situations de crises sanitaires endémiques et de conflits dans la région, avec des impacts aggravés par les [mauvaises conditions liées à l'eau, l'hygiène et l'assainissement \(EHA/WASH\) et l'engorgement des services de santé](#). Les communautés et les acteurs humanitaires impliqués dans la réponse à la COVID-19 dans ces contextes font face aux défis de limiter la surcharge des systèmes de santé et du [détournement des ressources](#) qui sont critiques pour répondre aux besoins existants vers la COVID-19.

## La Cellule d'Analyse en Sciences Sociales (CASS)

La Cellule d'Analyse en Sciences Sociales (CASS) est une unité établie durant l'épidémie d'Ebola de l'Est de la RDC (2018-aujourd'hui), par UNICEF, conjointement avec des partenaires nationaux et internationaux dans les domaines opérationnel et académique, et sous l'égide du Ministère de Santé publique congolais. La Cellule mène des recherches opérationnelles en sciences sociales (méthode mixtes), afin d'appuyer les acteurs de réponse et guider les stratégies et interventions de réponse. L'objectif de la CASS est de fournir des analyses intégrées afin de renforcer la compréhension et le suivi des tendances épidémiologiques, comportementales, et des perceptions,

tout au long de l'épidémie et de la réponse. En travaillant étroitement avec tous les partenaires de réponse, la CASS utilise les résultats des analyses pour encourager des changements opérationnels concrets et améliorer la santé des communautés au sens large. Dans le cadre de la Réponse Ebola, la CASS a conduit 57 études opérationnelles et codéveloppé 112 recommandations<sup>2</sup>. S'inspirant des succès rencontrés par ce modèle en RDC, la CASS cherche à répliquer sa présence dans plusieurs pays en Afrique sub-saharienne, s'adaptant aux nouvelles situations nées de la pandémie actuelle de la COVID-19.

## Notes des leçons apprises

La CASS a produit une série de documents (notes) sur les principales leçons tirées des analyses en sciences sociales durant la réponse à l'épidémie d'Ebola de l'Est de la RDC (2018-aujourd'hui).

Ces notes ont vocation à utiliser les résultats des recherches conduites par la CASS pour enrichir les recommandations destinées à améliorer les approches de réponse à la COVID-19 et ses impacts secondaires en Afrique sub-saharienne.

Il n'est pas question de comparer les deux maladies. [Le virus Ebola a un taux de mortalité plus élevé que la COVID-19](#) et est beaucoup moins transmissible (le niveau de contact avec une personne symptomatique pour la transmission est significatif). Au contraire, [le nouveau coronavirus se transmet via les projections de microgouttelettes](#), jusqu'à deux mètres entre deux personnes, et souvent avant même le début des symptômes. Cela constitue un défi majeur pour prévenir et empêcher la transmission et augmente le risque d'exposition pour les agents de réponse.

En dépit de ces différences, les études en sciences sociales et comportementales, les recommandations qui en sont issues ainsi que les apprentissages documentés ici **mettent en lumière des aspects importants pour les stratégies de réponse à la COVID-19, peuvent servir d'appui aux équipes de recherche qui opèrent dans des contextes similaires sur le continent, et cherchent à contribuer à la réflexion globale autour de la gestion de la pandémie.**

### *Les quatre notes abordent les thèmes suivants :*

[Note 1](#) : Les questions que doivent poser les chercheurs en sciences sociales qui travaillent dans des contextes humanitaires (Afrique subsaharienne) au sujet de la COVID-19 et pourquoi ;

[Note 2](#) : Inclusion des questions de genre dans les opérations de réponse humanitaire à la COVID-19 ;

[Note 3](#) : **Recommandations pour les programmes humanitaires de la COVID-19 issues des données en sciences sociales acquises durant la réponse à l'épidémie d'Ebola en RDC ;**

[Note 4](#) : Les données acquises des recherches en sciences sociales sur les obstacles dans le recours aux soins durant l'épidémie d'Ebola de l'Est de la RDC

Les outils de recherche de la CASS, les données brutes, les présentations et analyses ainsi que le suivi des recommandations issues des recherches (MONITO) sont accessibles librement en ligne ici : plateforme [Ebola](#) et plateforme [COVID](#).

1 Données sur le nombre de cas mises à jour quotidiennement par l'[Organisation mondiale de la Santé](#).

2 Pour une liste complète des études de la CASS menées durant l'épidémie d'Ebola de l'Est de la RDC, consulter le document librement ici : [lien](#).

# Note 3 : Recommandations pour les programmes humanitaires de la COVID-19 issues des données en sciences sociales acquises durant la réponse à l'épidémie d'Ebola en RDC

Ce document a été élaboré à l'intention des acteurs de terrain impliqués dans des programmes de réponse à des crises sanitaires dans des contextes humanitaires. Il **porte sur les recommandations récurrentes issues des analyses en sciences sociales** menées par la CASS lors de l'épidémie d'Ebola dans l'Est de la République Démocratique du Congo (2018-aujourd'hui) **concernant les programmes, les stratégies, les interventions et les activités ; et sur la manière dont elles peuvent influencer la définition des programmes liés à la COVID-19 (interventions et stratégies).**

## Recommandations pour les interventions humanitaires fondées sur des données acquises en sciences sociales

### Recommandation 1 : Investir dans le renforcement des systèmes de santé et la protection du professionnel de santé

#### Données acquises durant la réponse contre Ebola

Selon des différentes [analyses](#), environ 5 % de l'ensemble des cas positifs d'Ebola lors de l'épidémie dans l'est de la RDC étaient des travailleurs de santé. Par ailleurs, des études qualitatives de la CASS sur la [perception communautaire de l'utilisation des services de santé](#) et des [guérisseurs traditionnels](#) suggèrent que, dans les zones affectées, il n'est pas rare que des familles se rendent dans plusieurs structures de santé différentes (par ex., un guérisseur, un poste de santé, un centre de santé ou un hôpital) pour une même maladie<sup>3</sup>, ce qui augmente le risque d'exposition et d'infection pour les professionnels de santé.

Dans le contexte de l'Est de la RDC, les communautés accordent une grande confiance aux guérisseurs traditionnels, qui constituent, pour certaines maladies, le premier point de contact avec le système de santé pour de nombreuses familles. [Une étude de la CASS consacrée aux guérisseurs traditionnels](#) lors de la réponse contre Ebola en RDC a révélé que de nombreux tradipraticiens se sentaient sous-représentés dans les activités liées à la réponse. Ceux-ci indiquaient notamment un manque d'implication dans la formation et la prévention et la lutte contre les infections (PCI), ce qui leur donnait l'impression de ne pas pouvoir se protéger ou protéger leurs patients contre Ebola. Malgré cela, les guérisseurs sont restés le principal choix en matière de santé pour de nombreuses personnes et différentes [données acquises](#) montrent une incidence élevée de transmission nosocomiale ainsi que des cas d'Ebola transmis par l'intermédiaire des tradipraticiens.

[Une étude de la CASS sur les infections d'Ebola chez les enfants de moins de 5 ans](#) a également souligné un nombre insuffisant d'équipements de protection individuelle (EPI) dans les structures de santé tout au long de l'épidémie, notamment pour les professionnels de santé en contact avec des enfants. Il s'agit d'un constat particulièrement préoccupant compte tenu des [preuves épidémiologiques](#) qui indiquent qu'en janvier 2020, les enfants de moins de 5 ans représentaient [15 % du total des cas d'Ebola](#)

[confirmés](#). D'autres études sur les infections nosocomiales et la prévention et la lutte contre les infections dans les centres de santé ont également indiqué que, malgré le risque de transmission d'Ebola pour les enfants de moins de 5 ans, les mesures de prévention et de lutte contre les infections n'étaient pas respectées lors des consultations et des traitements de ceux qui venaient se faire soigner dans les structures de santé locales. Les parents d'enfants atteints ont signalé un nombre insuffisant de lits pour les patients, une promiscuité des patients, des pénuries d'eau et un manque d'EPI pour les professionnels de santé.

#### Pourquoi le renforcement des systèmes de santé est-il important pour la réponse contre la COVID-19 ?

On considère jusqu'à présent que le nouveau coronavirus, à l'origine de la COVID-19, est plus infectieux que le virus Ebola<sup>4</sup>, et qu'il peut par ailleurs, contrairement à Ebola, [être propagé](#) par des personnes [asymptomatiques](#). Cela expose les professionnels de santé (y compris les guérisseurs traditionnels et les travailleurs de santé informels) à un risque d'infection supérieur s'ils n'ont pas les capacités de se protéger, compte tenu des itinéraires thérapeutiques [décrits ci-dessus](#). En outre, si les structures de santé existantes n'appliquent pas les mesures de prévention et de lutte contre les infections (PCI) nécessaires et appropriées (comme c'est le cas en RDC et dans de nombreux pays d'Afrique subsaharienne), elles risquent de devenir des sources de transmission nosocomiale de la COVID-19. Il faut disposer de capacités et de ressources suffisantes pour garantir la disponibilité ininterrompue de soins hors COVID, y compris des services de vaccination de routine et de santé reproductive.

#### Comment intégrer le renforcement des systèmes de santé à la réponse contre la COVID-19 ?

- Renforcer et investir dans les structures de santé existantes (limiter la construction de [structures parallèles](#) qui ne permettent pas de renforcer [ce qui existe déjà](#)), y compris les installations

3 Lorsque les patients continuaient de présenter des symptômes après une prise en charge initiale, ou croyaient pouvoir bénéficier ailleurs de soins de meilleure qualité, ceux-ci visitaient souvent plusieurs structures. Par ailleurs, le type de structures (tradipraticien, centre de santé, hôpital, etc.) pouvait varier en fonction de la cause perçue de maladie (par ex., en cas de soupçon initial d'empoisonnement puis de suspicion de paludisme).

4 Le taux de reproduction (Ro) de la COVID-19 est de 5,7, soit plus de quatre fois supérieur au taux de reproduction d'Ebola, qui est de 1,3.

- informelles (par ex., les tradipraticiens) ;
- Fournir des EPI et des moyens de prévention et de lutte contre les infections (PCI) ainsi que des formations sur leur utilisation à tous les professionnels de santé (y compris les tradipraticiens) et les agents d'entretien (y compris un suivi systématique pour garantir

leur utilisation correcte) ;

- Collaborer avec le système de santé existant (au travers du ministère de la santé) pour identifier des mécanismes appropriés pour les structures dédiées à la prise en charge de la COVID-19.

## Recommandation 2 : Investir dans une communication claire, adaptable et réactive

### Données acquises de la réponse contre Ebola

#### Utiliser des images et des informations correctes dans les langues locales, qui répondent aux questions des populations :

Lors de l'épidémie dans l'Est de la RDC, on a découvert qu'un [manque de compréhension des symptômes d'Ebola](#) avait eu plusieurs répercussions négatives. Pendant les 10 premiers mois de la réponse, des affiches et supports de communication montraient des personnes très malades, victimes d'hémorragies et de vomissements. Cependant, en réalité, lors des premières phases de l'infection par Ebola, les malades présentent des symptômes comparables au paludisme, notamment de la fièvre, des douleurs musculaires et des maux de tête. Les communautés ont rapporté que les messages relatifs aux symptômes étaient une source de confusion et manquaient de cohérence. À cela se sont ajoutés l'utilisation d'un [vocabulaire mal connu](#) et technique et le manque de supports de communication rédigés dans les [langues locales](#). Plusieurs études ont indiqué que cela avait [suscité la méfiance](#) au sein des communautés en lien avec l'acceptation des transferts vers les centres de traitement Ebola (CTE) et des enterrements sécurisés. Cela a aussi contribué aux accusations de [faux diagnostics](#) et perceptions « [d'Ebola business](#) »<sup>5</sup> (c'est-à-dire par exemple, la rémunération par la réponse d'alertes pour les cas suspects d'Ebola). [Des feedbacks communautaires collectés par la Fédération Internationale de la Croix-Rouge \(FICR\)](#) ont également renforcé ce constat et ont mis en lumière la méfiance des communautés en raison d'un manque de communication correcte au sujet des symptômes. La compréhension des informations de prévention et leur application étaient particulièrement faibles lorsque les personnes avaient l'impression que leurs questions restaient sans réponse et qu'on leur communiquait seulement des instructions sur les comportements à observer. Certaines personnes et certaines communautés ont rejeté les informations fournies, lorsque que les termes utilisés étaient perçus comme brutaux et irrespectueux.

#### Communication sur les essais de vaccination :

Des [études quantitatives](#) de la CASS indiquent que les communautés avaient l'impression de manquer de connaissances sur les [vaccins](#). Peut-être en raison du caractère expérimental du vaccin contre Ebola, la vaccination, son fonctionnement et notamment les critères d'inclusion et d'exclusion n'ont pas fait l'objet d'explications détaillées dans les outils de communication. La réponse a manqué d'éléments pour expliquer la vaccination dite « en ring » ou les différentes phases de la mise au point d'un vaccin « expérimental », qui sont des processus souvent complexes à expliquer. Par ailleurs, les formulaires de consentement au vaccin n'étaient pas bien adaptés au contexte local (ils étaient rédigés en français, en anglais ou en swahili de niveau universitaire) et étaient [souvent mal compris](#), ce qui a généré de la méfiance. Dans le cadre de [plusieurs enquêtes](#), des communautés ont indiqué qu'elles recevaient « trop » d'informations sur l'Ebola en général, mais en même temps, que les [équipes chargées de la réponse n'étaient pas en mesure de répondre à leurs questions](#)

[au sujet de la vaccination](#). Ce manque de clarté a également semblé alimenter la méfiance et des rumeurs sur le vaccin (son fonctionnement, son efficacité, les personnes qui le recevaient, etc.).

#### Pourquoi une communication claire et adaptable est-elle nécessaire pour la réponse contre la COVID-19 ?

Une communication claire, adaptable et responsable signifie qu'il faut répondre aux questions qui comptent pour les communautés et les personnes touchées par une épidémie. Cela implique également de veiller à ce que les moyens et les méthodes de communication soient adaptés régulièrement pour satisfaire les besoins en matière d'information et répondre aux rumeurs. Les informations doivent être fournies dans la langue locale correcte et utiliser le format et la plateforme de communication de préférence de chaque groupe. Les premiers symptômes de la COVID-19 peuvent être confondus avec d'autres maladies comme le paludisme et la grippe (mais aussi Ebola). Cela renforce la nécessité d'une communication claire au sujet des différentes réponses et des différents comportements qu'impose chaque maladie, en particulier auprès de communautés déjà largement exposées à des messages sur des maladies aux symptômes comparables. L'expérience tirée d'Ebola a souligné l'importance pour les informations et les communications (y compris les mécanismes et les cibles) d'évoluer, de s'adapter à l'évolution des besoins communautaires et de l'épidémie elle-même.

Il faut garantir une coordination entre les différents mécanismes communautaires de feedback gérés par différentes organisations afin de répondre aux questions et aux inquiétudes des populations de façon opportune et concertée. L'incapacité à y parvenir dès le début de la réponse peut avoir contribué à l'impossibilité de gagner la confiance des communautés affectées dès le premier jour.

#### Comment intégrer une communication claire à la réponse contre la COVID-19 ?

- Fournir des informations sur la maladie rapidement avant le déclenchement des premières rumeurs ;
- Lancer un dialogue au sujet de chaque rumeur au lieu de l'ignorer afin de comprendre son origine et de l'affaiblir à l'aide de messages adaptés ;
- Consolider et rationaliser les messages pour éviter toute contradiction dans les informations émanant de sources multiples ;
- Fournir des informations précises, dans un langage facile à comprendre sur tous les symptômes dans les langues locales appropriées. Comparer les symptômes à ceux d'autres maladies pour faciliter la compréhension et utiliser les méthodes préférées des communautés ;
- Préparer des réponses standardisées et élaborées collectivement aux questions potentielles des communautés, à partir de mécanismes de feedback et actualiser ces réponses en fonction des informations sur l'évolution des questions et des préoccupations ;

<sup>5</sup> Tout au long de l'épidémie, les millions dépensés dans le cadre de la réponse internationale de grande ampleur alimentaient l'image d'un « business » et [nourrissaient la perte de confiance dans les interventions](#).

- Fournir aux communautés touchées des informations claires sur les interventions et les activités liées à la réponse de façon proactive et constante, et renforcer les informations sur les mesures à prendre en expliquant pourquoi elles sont nécessaires ;
- Faire preuve de transparence vis-à-vis des communautés au sujet des limites des informations ou des stratégies de réponse ;
- Mettre en place des mécanismes pour adapter et modifier les messages selon les besoins (mécanismes de feedback) et éviter de dépendre uniquement de documents sur papier, qui nécessitent des adaptations régulières (conséquences en matière de coûts) ;
- Éviter tout sensationnalisme (normaliser et dédramatiser)

autour la maladie, en la comparant à d'autres maladies qui lui ressemblent. Cela comprend le retrait de phrases comme « cette maladie tue/est mortelle » des communications, auxquelles on préférera des messages positifs sur ce qu'il est possible de faire et qui renforcent la solidarité sociale.

- Anticiper les doutes face à la réponse en expliquant par exemple pourquoi l'accent est placé sur le coronavirus par rapport à d'autres épidémies comme la rougeole ;
- Tester sur le terrain les outils de communication avant leur diffusion pour éviter toute confusion ou incompréhension non-souhaitée.

### **Recommandation 3 : Importance du recours à des professionnels qui suscitent la confiance pour la réponse**

#### *Données acquises de la réponse contre Ebola*

Les données en sciences sociales issues [des études de la CASS](#) lors de l'épidémie d'Ebola dans l'Est de la RDC suggèrent que les communautés faisaient davantage confiance aux équipes d'intervention et aux professionnels de santé recrutés localement, au sein de leur communauté ou de leur région, et qui parlaient la même langue. [Une étude qualitative](#) menée par la CASS au sujet de la confiance entre communautés et professionnels de santé depuis l'épidémie d'Ebola laisse entendre que la confiance envers les diagnostics et les résultats de tests était liée au fait que le test était fait dans des structures de santé locales, par un professionnel de santé familial. Contrairement aux services de santé normaux, les tests pour Ebola étaient réalisés dans des centres de transit (CT) ou des centres de traitement Ebola (CTE). Malgré leur emplacement central dans les villes ou villages, les CTE sont restés des concepts étrangers et ont souvent suscité la méfiance de nombreuses communautés. Ils étaient en grande partie gérés par des professionnels de santé internationaux ou non locaux, inconnus des communautés, un facteur qui a contribué à la perte de confiance envers les diagnostics et alimenté une vague de désinformation au sein des communautés.

On considère que la méfiance communautaire vis-à-vis des équipes de la réponse Ebola est à l'origine de nombreuses attaques contre elles et d'une certaine [résistance contre les activités liées à la réponse](#), en particulier au sujet des enterrements sûrs et dignes, de la décontamination, des [transferts vers les CTE](#) et de la vaccination.

#### *Pourquoi est-il fondamental de travailler avec des professionnels qui suscitent la confiance pour la réponse contre la COVID-19 ?*

Étant donné que la COVID-19 est une nouvelle maladie, il est nécessaire de gagner la confiance des communautés exposées et affectées afin de garantir leur coopération et leur engagement en faveur des mesures de prévention et de lutte contre les infections et de limiter les conséquences sanitaires et socioéconomiques négatives de l'épidémie. Il sera essentiel de recruter des professionnels de santé locaux qui sont connus et suscitent la confiance de leur communauté, ainsi que des membres de la communauté afin qu'ils participent aux programmes de communication et de sensibilisation. Il est important de passer par les responsables traditionnels et religieux, et non par des personnes extérieures, de garantir les connaissances et l'adhésion locales, d'affaiblir les rumeurs, d'éviter une approche directive infantilisante et de veiller à communiquer avec les populations dans le dialecte local.

#### *Comment garantir s'assurer de travailler avec des professionnels qui suscitent la confiance à la réponse contre la COVID-19 ?*

- Utiliser les sciences sociales et des études rapides pour comprendre et cartographier les sources et les mécanismes dignes de confiance pour diffuser des informations relatives à la COVID-19 ;
- Recruter au niveau local (minimiser les employés internationaux ou les employés de différentes régions dans le même pays) ;
- Veiller à l'inclusion des leaders de confiance (informels, jeunes, femmes et responsables religieux) ;
- Travailler au travers des structures de santé existantes ;
- Renforcer la capacité des professionnels de santé locaux, des hygiénistes et des professionnels de santé communautaires (prévention et lutte contre les infections, vaccination, promotion de la santé, etc.).

## Recommandation 4 : Veiller à un suivi inclusif de la santé et de l'épidémie pour toutes les tranches d'âge (dont les enfants)

### Données acquises de la réponse contre Ebola

Des [données épidémiologiques](#) collectées lors de l'épidémie d'Ebola dans l'Est de la RDC ont montré que les enfants de moins de 5 ans constituaient une part importante et supérieure aux attentes des cas d'Ebola. En janvier 2020, les enfants de moins de 5 ans représentaient **15 % du total des cas confirmés**, un pourcentage supérieur aux [données](#) de l'épidémie en [Afrique de l'Ouest](#). Une [analyse épidémiologique](#) menée en RDC a permis de découvrir que les enfants figuraient **moins souvent dans les listes de contacts**, et que lorsque c'était le cas, leur suivi par les équipes de traçage était souvent moins assidu que le suivi des adultes. La probabilité des enfants de moins de 5 ans (qui étaient des cas confirmés) d'être transférés vers un CTE, lorsqu'ils étaient initialement pris en charge dans un centre de santé, était également inférieure à celle des adultes.

Les [analyses intégrées de la CASS](#) ont mis en lumière que les enfants de moins de 5 ans avaient été particulièrement exposés à la maladie, notamment en raison de comportements à haut risque au niveau des communautés et dans les structures de santé. Au niveau communautaire, les familles ont dit avoir évité les vaccinations et les équipes de surveillance. Elles évitaient également les centres de santé avec un triage et avaient souvent recours à l'automédication. Les parents d'enfants atteints indiquaient souvent avoir observé une insuffisance de lits pour les patients, un engorgement, un manque d'eau et d'EPI pour les professionnels de santé<sup>6</sup>, ce qui a pu augmenter le risque d'infections nosocomiales.

En outre, les [parents comme les professionnels de santé ont exprimé des difficultés à reconnaître les symptômes d'Ebola chez les enfants](#), étant donné que ceux qu'ils observaient ne correspondaient pas à ce qu'ils considéraient comme des symptômes typiques de d'Ebola (symptômes « humides » comme des vomissements, des saignements ou des diarrhées). Par ailleurs, l'un des symptômes les plus signalés chez les adultes est la douleur. Les jeunes enfants souffrant de douleurs sont moins en mesure d'exprimer leurs symptômes à leurs parents ou leur médecin par les mots, ce qui peut avoir renforcé les problèmes de diagnostics des cas.

### Pourquoi l'inclusion de l'âge est-elle nécessaire pour la réponse contre la COVID-19 ?

Comme l'a montré la réponse contre Ebola dans l'Est de la RDC, les épidémies peuvent affecter différentes tranches d'âge de différentes façons. Les [données acquises sur la COVID-19](#) à ce jour indiquent que les personnes âgées sont les plus exposées au risque de contracter une forme sévère nécessitant une hospitalisation. Néanmoins, il est important d'étudier également les autres tranches d'âge, en particulier les jeunes enfants, pour comprendre leurs facteurs de vulnérabilité et de risque spécifiques (y compris les vulnérabilités sociales et les répercussions secondaires de l'épidémie). Il faut également tenir compte du fait que les enfants peuvent être exposés à d'autres maladies susceptibles d'être écartées ou mal diagnostiquées en raison de l'attention consacrée à la COVID-19. Lors de l'épidémie d'Ebola, les probabilités d'infection des enfants de moins de 5 ans étaient les plus élevées au sein même des structures de santé et, bien que les risques liés à la COVID-19 semblent plus faibles pour les enfants, le risque d'infection nosocomiale d'autres maladies demeure. Les données issues des études de la CASS lors de l'épidémie d'Ebola soulignent l'importance fondamentale de tenir compte de l'âge dès le début de la planification et de la mise en œuvre de la réponse et de veiller à ne négliger aucun groupe potentiellement vulnérable<sup>7</sup>.

### Comment intégrer l'inclusion de l'âge à la réponse contre la COVID-19 ?

- Collecter des données ventilées sur l'âge ;
- Surveiller étroitement les tranches d'âges dans les tendances épidémiologiques (y compris les données sanitaires hors COVID) ;
- Collecter et surveiller les symptômes par tranche d'âge ;
- Veiller à ce que les communications sur le virus et les mesures de prévention et de lutte contre les infections soient diffusées d'une façon qui tienne compte de l'âge ;
- Fournir des informations sur les différences spécifiques à chaque tranche d'âge et sur les difficultés à diagnostiquer des symptômes.

6 Cette étude a découvert que les enfants de moins de 5 ans avaient souvent été infectés à l'intérieur des structures de santé.

7 Au début de la réponse contre Ebola en RDC, on considérait que les enfants ne risquaient pas d'être infectés par Ebola, et les taux d'infection n'étaient pas surveillés.

## La Cellule d'Analyses en Sciences Sociales (CASS) : nous contacter

Pour toute requête ou question en lien avec la CASS au sujet des briefings, des outils ; pour demander un appui technique ou analytique supplémentaire ; pour être intégré dans le réseau des partenaires de recherche de la CASS, contacter par email : Simone Carter ([scarter@unicef.org](mailto:scarter@unicef.org)) et Jerome Pfaffman Zambruni ([jpfaffmann@unicef.org](mailto:jpfaffmann@unicef.org)).

Les contributeurs principaux de la CASS incluent des membres de GOARN-Recherche ([nina.gobat@phc.ox.ac.uk](mailto:nina.gobat@phc.ox.ac.uk)), OMS ([ngoundoungj@who.int](mailto:ngoundoungj@who.int)), Anthrologica ([oliviattulloch@anthrologica.com](mailto:oliviattulloch@anthrologica.com)), MSF-Epicentre (Pascale LISSOUBA@[epicentre.msf.org](mailto:epicentre.msf.org)), HHI ([ppham@hsph.harvard.edu](mailto:ppham@hsph.harvard.edu); [pvinck@hsph.harvard.edu](mailto:pvinck@hsph.harvard.edu)), Gillian McKay from LSHTM ([Gillian.Mckay@lshtm.ac.uk](mailto:Gillian.Mckay@lshtm.ac.uk)), TWB ([christine@translatorswithoutborders.org](mailto:christine@translatorswithoutborders.org)), ITM ([WVDamme@itg.be](mailto:WVDamme@itg.be), [vvanlerberghe@itg.be](mailto:vvanlerberghe@itg.be)), FICR ([ombretta.baggio@ifrc.org](mailto:ombretta.baggio@ifrc.org)), NOVETTA ([roneill@novetta.com](mailto:roneill@novetta.com)).