

ÉTUDE

RÉACTION COMMUNAUTAIRE AUX ÉPIDÉMIES DE MALADIE À VIRUS EBOLA - APPROCHE QUALITATIVE

2023

Daniel ARNOLDUSSEN



PADiSS²

projet financé par l'Union européenne



Hôpital
Erasmus



Belgique

partenaire du développement



Liste des acronymes

CAC	Cellule d'Animation Communautaire
CS	Centre de Santé
CTE	Centre de Traitement Ebola
EDS	Enterrement Digne et Sécurisé
EPI	Equipement de Protection Individuelle
HGR	Hôpital Général de Référence
IMC	International Medical Corps
IRC	International Rescue Committee
IT	Infirmier Titulaire
ITAV	Institut de Technique Agronomique et Vétérinaire
MSF	Médecins Sans Frontières
MVE	Maladie à Virus Ebola
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
OSC	Organisation de la Société Civile
RECO	Relais Communautaire

Résumé

La présente étude a été menée par ULB-Coopération dans le cadre du programme PADISS financé par l'Union Européenne. Elle analyse les facteurs qui ont déterminé les réactions de la population de la ville de Butembo (Province du Nord-Kivu en République Démocratique du Congo) à l'égard des effets dévastateurs de maladie à virus Ebola (MVE) qui a connu trois épidémies de 2018 à 2021. Elle examine également les réactions de la population à l'égard du dispositif mis en place par les acteurs nationaux et internationaux pour mettre fin aux épidémies.

Les données ont été collectées auprès de 107 répondants au cours d'entretiens individuels ou en groupe restreint et de focus groupes. Différentes catégories de répondants ont été interrogées : médecins, infirmiers et psychologues actifs pendant les épidémies, survivants de la MVE, leaders religieux, leaders de la société civile, tradipraticiens, personnes qui ont connu des cas de MVE dans leur entourage immédiat, agents de santé communautaire et « citoyens lambda ».

L'étude montre que la MVE fut l'objet de nombreuses spéculations. Les habitants de Butembo l'ont interprétée comme un complot, un moyen utilisé par le gouvernement congolais, les groupes rebelles et les acteurs internationaux pour exterminer l'ethnie Yira largement majoritaire dans la région. Les citoyens de Butembo ont perçu les moyens particulièrement importants déployés par le dispositif de riposte comme un « business » censé profiter aux organisateurs de ce dispositif et aux personnels de santé locaux, nationaux ou internationaux qui le faisait fonctionner. En outre, les étiologies populaires situaient l'origine de la MVE dans des pratiques sociales transgressives et dans la sorcellerie.

Le dispositif de riposte mis en place au cours de la 10^e épidémie de MVE (2018-2020) a généré de nombreuses résistances et des oppositions parfois violentes. Le personnel de la riposte a été maintes fois menacé verbalement et physiquement. Il a été accueilli par des jets de pierre dans les quartiers où il tentait d'aller chercher de force un malade ou le corps d'une personne décédée. Des infirmiers ont été assassinés, des maisons ont été incendiées par vengeance. Des hôpitaux et des Centres de Traitement Ebola (CTE) ont été attaqués et incendiés.

Les comportements agressifs s'expliquent principalement par les craintes et les suspicions générées par le dispositif de riposte et par les méthodes brutales qu'il employait. Les équipements de protection individuelle portés par les agents de la riposte ne permettaient pas d'identifier les personnes cachées dessous. Les malades étaient placés à l'isolement complet dans des centres de traitement Ebola construits à l'écart des formations sanitaires habituelles avec des bâches et des tentes. Des sacs mortuaires étaient utilisés pour des enterrements quelquefois effectués en l'absence des familles des défunts et contre leur avis. En cas d'opposition farouche de la population, les équipes de la riposte étaient accompagnées de policiers et de militaires en arme pour entrer dans les quartiers.

Ces multiples facteurs combinés les uns aux autres ont contribué à produire une inversion de sens. Le dispositif de riposte, bien intentionné, mis en place pour juguler l'épidémie a été perçu par la population comme un système pervers destiné à la détruire. Les conséquences furent la fuite et la dissimulation des malades, l'opposition aux équipes de la riposte, les attaques des centres de traitement Ebola et, finalement, la prolongation et l'extension de la dixième épidémie qui a perduré pendant deux années.

L'étude montre par ailleurs que quelques facteurs expliquent aisément que la 12^e épidémie de MVE (début 2021) fut rapidement circonscrite et que le nombre de décès fut très limité. Le premier cas fut rapidement identifié et des mesures efficaces ont été prises en conséquence. Le dispositif de réponse a adopté des méthodes moins ostentatoires, plus consensuelles et plus respectueuses des sensibilités et des usages locaux. Le personnel de santé local désormais expérimenté par son implication dans la 10^e épidémie était préparé à intervenir efficacement et occupait désormais une place centrale dans le dispositif de réponse. En revanche, le personnel étranger restait discret et se cantonnait au rôle de conseiller. Malgré la persistance de poches de résistance, la population avait désormais une meilleure compréhension de la MVE et percevait par conséquent la pertinence du dispositif de riposte et des mesures prophylactiques.

Pour terminer, l'étude propose des recommandations fondées sur les enseignements issus des 10^e et 12^e épidémies qui pourraient s'avérer utiles pour faciliter la gestion d'une éventuelle résurgence de la MVE.

Table des matières

1.	Introduction.....	6
2.	Méthodologie.....	6
3.	Quelques faits.....	7
4.	Dixième épidémie.....	7
4.1.	Contexte d'apparition.....	7
4.2.	Brève description de la riposte.....	8
4.3.	Perceptions et représentations populaires de la maladie.....	9
4.3.1.	Etiologies populaires.....	9
4.3.2.	Un complot.....	10
4.3.3.	Une duperie.....	12
4.4.	Réactions de la population à l'égard de l'épidémie et de la riposte.....	17
4.4.1.	Méfiance, peur et rejet des équipes de la riposte.....	17
4.4.2.	Fuite et dissimulation des malades.....	20
4.4.3.	Dissimulation et exhumation de cadavres.....	20
4.4.4.	Refus de la vaccination.....	22
4.4.5.	Violences sporadiques.....	22
4.4.6.	Rejet des pratiques de protection.....	23
4.4.7.	Méthodes de prévention populaires.....	24
4.4.8.	Effets pervers du rejet de la riposte.....	24
4.5.	Réaction des acteurs de la santé vis-à-vis de l'épidémie et de la riposte.....	25
4.5.1.	Les médecins.....	25
4.5.2.	Les infirmiers des CS publics.....	26
4.5.3.	Les structures privées.....	27
4.5.4.	Agents de santé communautaire (RECO et autres).....	28
4.5.5.	Tradipraticiens.....	29
4.6.	Interventions des autorités locales et des leaders communautaires.....	29
4.6.1.	Chefs de quartier et chefs de cellule.....	29
4.6.2.	Leaders religieux.....	29
4.7.	Modifications des comportements sociaux induites par l'épidémie.....	30
4.8.	Les vainqueurs.....	31
5.	Douzième épidémie.....	33
5.1.	Contexte d'apparition.....	33
5.2.	Organisation de la réponse.....	33
5.2.1.	Changement sémantique.....	33
5.2.2.	Accentuation du rôle et du statut des acteurs de proximité.....	33
5.2.3.	Démilitarisation de la réponse.....	33
5.2.4.	Incorporation des CTE dans les structures sanitaires habituelles.....	34
5.2.5.	Réduction et banalisation de la logistique.....	34
5.2.6.	Humanisation des modalités d'inhumation.....	34
5.2.7.	Réduction des finances disponibles.....	35
5.2.8.	Accréditation des organisations internationales.....	35
5.2.9.	Prise en compte des besoins globaux de la population.....	35
5.3.	Réaction de la population.....	36
5.4.	Réaction et actions du personnel soignant et agents communautaires.....	37
6.	Conclusions.....	37
6.1.	Dixième épidémie.....	37

6.1.1.	Un contexte politique défavorable	37
6.1.2.	Une maladie méconnue	37
6.1.3.	Une indifférence aux dimensions sociales et culturelles de l'épidémie.....	38
6.1.4.	Un dispositif inhabituel et menaçant	38
6.1.5.	Des pratiques intrusives, envahissantes et coercitives	39
6.1.6.	Un substrat culturel favorable à l'émergence d'interprétations persécutives et l'apparition d'un sentiment de victimisation.....	39
6.2.	Douzième épidémie	40
7.	Recommandations.....	40
8.	Bibliographie.....	42

1. Introduction

L'étude qui suit a pour objectif de mieux comprendre les déterminants des réactions de la population de la ville de Butembo face aux épidémies de maladie à virus d'Ebola qui ont eu lieu entre 2018 et 2021 dans la Province du Nord-Kivu en République Démocratique du Congo. L'étude a été commanditée par le programme PADISS mené par ULB-Coopération et financé avec des fonds européens.

2. Méthodologie

L'étude est exclusivement qualitative. Trois techniques d'enquête ont été mises en œuvre : des entretiens individuels semi-directifs, des entretiens en groupes restreints (3 ou 4 répondants) et des focus groupes (8 à 12 répondants).

Neuf catégories de répondants ont été investiguées :

- Les personnes qui ont vécu un cas d'infection au virus d'Ebola dans leur environnement proche (« cas contacts »)
- Les personnes qui ont survécu à la maladie à virus Ebola (« vainqueurs »)
- La population générale (« citoyen lambda »)
- Les médecins
- Les infirmiers(ères)
- Les autorités politiques et administratives
- Les acteurs communautaires associés au système de santé (COSA, COGES, CAC, RECO, CAC...)
- Les leaders communautaires (prêtre, pasteur, responsable d'association, syndicaliste...)
- Les tradipraticiens

La collecte des données a été organisée comme suit :

20 entretiens individuels

- 6 personnes qui ont vécu un cas d'infection au virus d'Ebola dans leur environnement proche
- 3 personnes qui ont survécu à la maladie à virus Ebola
- 2 Chefs de cellule
- 8 médecins
- 1 leader religieux

2 entretiens en groupes restreints

- 2 groupes d'infirmiers

10 focus groupes

- 2 groupes de tradipraticiens
- 3 groupes d'agents de santé communautaire
- 3 groupes de citoyens « lambda »
- 1 groupe de leaders religieux
- 1 groupe de leaders de la société civile

L'enquête de terrain s'est déroulée à Butembo du 5 au 16 mars 2023.

107 personnes ont participé aux entretiens et focus groupes. Ceux-ci ont été enregistrés tout en garantissant l'anonymat des participants. Ils ont ensuite été retranscrits et analysés pour produire les résultats qui suivent.

Cinq enquêteurs ont réalisé et retranscrit les entretiens : Aimé Kambale Saruti, Kasereka Kalondero Jimmy, Katembo Kalondero Philemon, Mwanamolo Ng'ise Musongya Antoine et Jean-Roger Syayipuma Kambere.

La liste des documents consultés à propos des épidémies de maladie à virus Ebola qui ont eu lieu au Nord-Kivu figure dans la bibliographie annexée.

3. Quelques faits

Selon le décompte mondial, l'épidémie de maladie à virus d'Ebola (MVE) qui a sévi d'août 2018 à juin 2020 dans la partie nord de la Province du Nord-Kivu en République démocratique du Congo (RDC) était la 10^e du genre. Celle-ci a été suivie, toujours en RDC, d'un 11^e épisode épidémique dans la Province de l'Equateur déjà précédemment touchée. Une résurgence de la maladie, considérée comme la 12^e épidémie de MVE, est ensuite apparue à nouveau au Nord-Kivu de février à mai 2021. Enfin, une 13^e épidémie a été enregistrée, aussi au Nord-Kivu, d'octobre à décembre 2021. La présente étude s'intéresse spécifiquement aux réactions communautaires et populaires générées par les 10^e et 12^e épidémies dans la ville de Butembo.

La 10^e épidémie s'est déclarée à Mangina, une localité située à une soixantaine de kilomètres de Butembo. Elle a ensuite transité par la ville de Beni avant d'atteindre l'agglomération urbaine de Butembo. 3470 cas de MVE ont été recensés au cours de cette 10^e épidémie et la mortalité fut de 66 % (Gérard, M. 2021). La 12^e épidémie s'est déclarée à Masoya, une localité située à une cinquantaine de kilomètres de Butembo. 12 cas de MVE ont été déclarés au cours de la 12^e épidémie et 6 décès ont été enregistrés (Kahindo Mbeva, J-B. & al. 2022). On observe donc que la 10^e épidémie fut nettement plus longue (2 années) et meurtrière que le 12^e qui a duré 4 mois. L'étude cherche à comprendre les causes de ces disparités.

Notons que les expressions 10^e et 12^e épidémies appartiennent strictement au vocabulaire médical. En effet, hormis les agents du système de santé et les autorités politico-administratives, la population de Butembo, ignorante du comput mondial, parle de 1^{ère} épidémie et 2^e épidémie, de 1^{ère} vague et 2^e vague ou 1^{er} tour et 2^e tour pour désigner les deux épisodes épidémiques.

4. Dixième épidémie

4.1. Contexte d'apparition

Lorsque la MVE est apparue dans la région, la population des alentours de Butembo et de Beni était victime depuis de nombreuses années d'exactions et de massacres sporadiques perpétrés par des groupes armés difficilement identifiables. Ces violences étaient néanmoins communément imputées aux Allied Democratic Forces (ADF), une organisation rebelle originaire de l'Ouganda voisin mais opérant en RDC. Malgré des sollicitations insistantes, aucune solution n'avait été apportée au problème par le pouvoir central de la RDC détenu à l'époque par le Président Joseph Kabila, peu apprécié dans la région. Les massacres persistaient. La communauté internationale, elle non plus, n'avait pas pris d'initiative pour faire cesser les violences. Dans ces circonstances déplorables, la population avait développé un profond sentiment d'impuissance, d'isolement et d'abandon, c'est du moins ce qu'affirment de nombreux témoins rencontrés au cours de l'enquête.

En outre, au sein de la population, le niveau de connaissance préalable des modes de transmission, des symptômes et des effets de la MVE était particulièrement limité et lacunaire. Certaines personnes ignoraient même jusqu'à l'existence de la maladie. Des informations éparses, souvent incomplètes ou inexactes, provenaient des cours scolaires, des rumeurs ou des émissions de radio relatives aux épidémies de l'Equateur ou de Guinée. Probablement à cause de la virulence de la maladie, Ebola était également le terme populaire utilisé pour désigner la maladie des bananiers qui avait auparavant ravagé les plantations de la région. Ebola était donc associé autant aux bananeraies qu'aux populations humaines.

Le terme Ebola qui désigne une maladie des humains a été un nouveau terme pour plusieurs d'entre nous. Cela parce que nous savions qu'Ebola est une maladie des bananiers¹. Et on nous avait dit que lorsqu'un bananier est attaqué par Ebola, il faut lui couper le tronc. Mais subitement, on a

¹ Quelques années auparavant, une maladie avait décimé les plantations de bananiers de la région. La population avait attribué le sobriquet d'Ebola à cette maladie.

appris qu'une maladie des humains appelée Ebola vient d'apparaître. Cela a été comme un terme nouveau chez nous. (Leader communautaire d'une organisation de la société civile)

Il semble aussi que les soins n'étaient pas dispensés comme à l'habitude au moment de l'apparition de l'épidémie car les infirmiers étaient en grève pour obtenir de meilleures rémunérations.

4.2. Brève description de la riposte

Au cours de la 10^e épidémie, le terme riposte était utilisé pour désigner l'ensemble des ressources humaines, des moyens matériels et des dispositifs organisationnels utilisés pour enrayer l'épidémie. Notons que ce terme est issu de la terminologie militaire, ce n'est pas anodin. Des agences onusiennes sont intervenues : l'OMS, évidemment, mais aussi la FAO et l'UNICEF. De nombreuses ONG internationales étaient actives sur place notamment MSF, ALIMA, IMC, IRC et FHI 360.

Le personnel de la riposte comportait une part importante de personnes étrangères au milieu : des Européens, des Africains venus de l'ouest du continent, des ressortissants congolais issus de Kinshasa ou de la province de l'Equateur. La logistique déployée fut importante. De nombreux véhicules tous terrains circulaient dans les rues de Butembo et les hélicoptères de la FAO permettaient aux équipes d'intervenir rapidement dans des endroits éloignés.

Le personnel de la riposte devait se loger, les hôtels affichaient donc complet. L'augmentation de la demande de logements de location entraîna une hausse des loyers. De même, la demande de denrées alimentaires connut un accroissement significatif et causa une augmentation de prix de ces denrées. De plus, les organisations de la riposte louaient les véhicules privés des habitants qui disposaient ainsi de revenus complémentaires. Le cumul de ces éléments semble avoir généré une dynamique économique nouvelle alors que la ville connaissait une vague épidémique particulièrement meurtrière et anxiogène, une situation pour le moins paradoxale.

Deux centres de traitement d'Ebola (CTE) furent établis à Butembo, l'un à l'Institut de Technique Agronomique et Vétérinaire (ITAV), l'autre à Kirimavolo à quelque distance de l'Hôpital Général de Référence (HGR) de Katwa. Les CTE étaient constitués d'espaces bâchés et de tentes. Ils comportaient une zone de triage, une zone à bas risque et une zone à haut risque où étaient isolés les malades infectés par le virus. Un centre de triage et une zone de transit vers les CTE avaient également été installés dans l'HGR de Katwa. Le personnel susceptible d'entrer en contact physique avec des personnes infectées ou suspectées de l'être ou encore avec les cadavres des malades décédés portaient un équipement de protection individuelle (EPI) composé de lunettes, d'une cagoule, de gants, de bottes et d'une ample tunique blanche couvrant l'ensemble du corps.

Le système de riposte mis en place pour juguler l'épidémie comportait plusieurs commissions (ou piliers) : communication, vaccination, recherche active, psychologie, traitement médical, logistique, prévention et contrôle des infections, enterrement digne et sécurisé, désinfection.

Les actions de la riposte pendant la 10^e épidémie paraissent avoir été caractérisées par des processus de décision verticaux peu concertés au niveau local. En outre, les intervenants internationaux étaient nombreux et semblent avoir parfois agi en ordre dispersé.

Dans la 10^e on a ouvert le champ à tout le monde. Venez nous aider. Sans beaucoup de restrictions. [...] C'est ça aussi qui a été un grand problème dans la 10^e épidémie : chacun faisait ce qu'il faisait sans qu'il y ait un contrôle rigoureux du niveau national. (Homme, médecin)

4.3. Perceptions et représentations populaires de la maladie

4.3.1. Etiologies populaires

La science médicale considère que la cause de la maladie d'Ebola est un virus à ARN caractérisé par un génome très restreint (7 gènes) et protégé par une enveloppe lipidique. Trois espèces de chauves-souris² toutes localisées en Afrique centrale et de l'ouest constituent le réservoir animal du virus. Ces chauves-souris peuvent transmettre le virus à d'autres espèces animales et ensuite à l'homme par contact avec des animaux infectés. Bien que ce soit plus rare, la maladie peut aussi se transmettre par contact direct avec les chauves-souris.

Le personnel de santé, médecins et infirmiers font unanimement référence à ce type de cause pour expliquer l'apparition de la MVE. On observe toutefois que la compréhension du processus de transmission du virus de la chauve-souris vers l'homme reste parfois assez lacunaire et interprétative chez une partie des agents de santé.

La population de Butembo, quant à elle, puisait dans ses propres référents culturels pour donner du sens au mal qui la frappait. La sorcellerie et les opérations magiques qu'elle suppose font partie intégrante de ces référents culturels. C'est ainsi que plusieurs récits à caractère magique circulaient pendant la 10^e épidémie. Le plus courant expliquait qu'un chat appartenant à un sorcier ou un notable de la localité de Mangina, lieu d'origine de l'épidémie, avait été tué et ensuite mangé par des individus indéterminés. Le propriétaire du chat, doté de capacités surnaturelles, avait réagi en envoyant la maladie d'Ebola sur les tueurs du chat provoquant ainsi le démarrage de l'épidémie. Une version plus élaborée affirmait que l'animal tué était en réalité un sorcier qui avait pris l'apparence d'un chat. La consommation de cet animal peut dès lors être interprétée comme une forme d'anthropophagie et donc comme la transgression d'un interdit majeur. Hormis le chat, le chien et l'agneau apparaissent aussi dans certains récits étiologiques relatifs à la MVE.

Au départ quand la maladie est survenue, la population avait déjà l'information que la cause de la maladie était mystique à Mangina. [...] Pour la population, la base du phénomène c'est une personne transformée en chat. La consommation de la chair de ce chat par une famille à Mangina serait la cause de la maladie. [...] Elle était convaincue qu'il s'agissait d'une sorcellerie qui était à la base de la mort de population de Mangina. (Homme, médecin)

Par rapport à la cause de la maladie à Mangina, on parlait d'une famille, d'une affaire de sorcier, d'un mythe. On disait qu'il y avait dans une famille un chat dans la parcelle X. Ce chat a mangé des trucs empoisonnés par le voisin. Par après le chat est mort. La chair de ce chat serait à la base de la maladie après sa consommation. En bref, nous, comme personnel de santé on avait notre compréhension et la population avait sa propre compréhension... (Homme, infirmier)

A Mangina, on nous racontait qu'il y a des gens qui avaient volé un mouton d'autrui. Ils avaient égorgé ce mouton, il l'avait mangé. Après l'avoir mangé, alors toute la famille était tombée malade. Eux considéraient ça comme une sorcellerie. Et jusque-là, ils n'avaient pas accepté que c'est une maladie. (Femme, survivante de la MVE)

L'origine de la maladie était aussi attribuée à des esprits malfaisants ou démoniques et à de la sorcellerie.

Nous avons cru qu'on nous avait jeté cette épidémie parce que nos grands-parents ne l'avaient jamais connue. Nous étions surpris de voir qu'ils avaient jeté cette maladie dans les plantes comme les bananiers, et même sur nous les humains, de sorte que si nous mangions ces aliments nous serons contaminés, c'est ainsi que nous avons cru que c'était un démon qu'ils nous avaient lancé pour nous tuer. (Femme, couturière)

² *Hypsignatus monstrosus, Epomops franqueti et Myonycteris torquata*

Moi, j'avais appris que certains sorciers peuvent visiter un malade et l'empoisonner à partir d'un simple regard et peut-être c'était pareil pour Ebola. Probablement qu'ils l'avaient jeté dans l'air pour qu'il contamine la population. (Femme, coiffeuse)

Alors puisque beaucoup des gens ont l'habitude d'associer les maladies aux démons, à cause de l'ignorance, une maladie ordinaire est appelée démon. Alors on lui avait attribué cette connotation. Surtout que c'était une nouvelle maladie. Les gens ont été directement convaincus qu'il s'agit d'un démon. Selon eux, ceux qui disent que c'est une maladie consécutive au manque d'hygiène se trompent. (Homme, chef de cellule)

Dans cet endroit, il y a de l'eau qui héberge des démons qui pompent la maladie Ebola. Les personnes qui travaillent dans la riposte sont en train de recevoir de l'argent qui vient de ces démons. (Homme, tradipraticien)

On aurait tort de considérer ces croyances populaires uniquement comme des rumeurs fantaisistes, des fumisteries dénuées d'intérêt. En effet, bien qu'elles soient de pures élaborations mentales, ces convictions déterminent néanmoins les comportements des individus. Lorsque les membres d'une population sont convaincus que la sorcellerie est à l'origine d'une maladie, les moyens qu'ils utiliseront pour s'en protéger ne seront pas nécessairement d'adopter les mesures de prévention prônées par la médecine scientifique mais plutôt d'initier des opérations de contre sorcellerie ou d'organiser des séances de prière propitiatoires. La connaissance et la prise en compte des étiologies populaires revêtent donc une importance cruciale dans la prévention des maladies.

Les étiologies populaires citées plus haut présentent des similitudes avec les théories médicales puisqu'elles imputent l'origine de la MVE à un animal : un chat, un chien ou un agneau plutôt qu'une chauve-souris. Peut-être s'agit-il d'une réinterprétation des élaborations scientifiques dans les schèmes culturels locaux.

4.3.2. Un complot

L'épidémie de MVE s'est déclarée à un moment où la population de Butembo était victime depuis plusieurs années de tueries répétées qui d'ailleurs persistent encore aujourd'hui. Les habitants de la ville éprouvaient un profond sentiment d'impuissance, de persécution et d'abandon par le gouvernement national et les instances internationales.

La population disait : « Avec beaucoup de moyens pour traquer ces gens-là (c'est-à-dire les groupes rebelles responsables des massacres), on y arriverait, pourquoi on ne les traque pas ? » Evidemment le problème était que Ebola peut aller menacer les gens très loin mais que la guerre ici, pfff, ça reste localisé, ça reste là, ça ne peut pas dépasser les frontières, peut-être, c'est une des raisons (de l'absence de réaction aux massacres). (Homme, médecin)

Dans ce contexte délétère, l'arrivée d'une maladie meurtrière a été perçue comme un élément supplémentaire qui venait contribuer à l'extermination de l'ethnie Nande très largement majoritaire dans la région. L'idée que l'arrivée de la maladie n'était pas due au hasard est venue se greffer sur cette interprétation. La maladie était intentionnelle, elle était guidée par un plan, un complot génocidaire visant les Yira³ dans leur ensemble.

On a dit que non, ça c'est la politique du pays, parce que l'appareil politique du pays ça n'existe pas, quand j'ai dit ça, je n'ai pas encore menti, il n'y a pas d'appareil politique au Congo ! Alors les gens ont dit : « c'est la politique du pays pour exterminer la population du Nord Kivu ». Parce que la rébellion a déjà échoué de massacrer ou de s'emparer de la région parce que les gens de la région semblent un peu forts dans la révolte contre le gouvernement qui n'intervient pas quand il y a des problèmes dans notre région. Alors ils ont dit : « non, ça c'est le gouvernement qui a créé cette histoire pour nous exterminer nous, la tribu des Yira ». (Femme, infirmière)

L'extrême importance des moyens déployés pour circonscrire l'épidémie contrastait étrangement avec l'absence presque totale de moyens consentis pour mettre fin aux massacres et exactions des groupes rebelles. Cette

³ L'appellation Yira désigne à la fois les Nande vivant en RDC et les groupes ethniques apparentés installés en Ouganda.

disparité fut interprétée comme le signe d'une malveillance. Pourquoi déployer autant de moyens pour une maladie alors que rien n'avait été fait pour arrêter les violences malgré les supplications de la population ? Quelles étaient les intentions perverses cachées derrière cela ?

Un autre fait qui a attiré notre curiosité c'est la priorité accordée à la lutte contre la MVE alors que nous assistions impuissants à une série de massacres depuis 2014 dans la région et cela ne semble attirer aucune attention de la part du gouvernement et de la communauté internationale pour venir à la rescousse de la population en détresse. Et ces massacres emportent aussi les gens avec la même ampleur que la MVE. Sur ces massacres, la communauté internationale reste silencieuse et personne n'en parle. Et pourtant, les gens sont massacrés avec la barbarie la plus indescriptible : on peut voir une personne qui est morte de suite d'Ebola, mais une personne qui meurt charcutée à coup de machette, cela est plus grave (sans remettre en cause le danger que présente la MVE). Les gens se demandaient pourquoi cette mobilisation acharnée en faveur de la lutte contre la MVE à l'opposé du silence inouï à l'égard de massacres, alors que tous les deux entraînent la mort des populations. [...] A part la MVE il y d'autres fléaux comme la malnutrition qui tuent aussi les gens en nombre important, à la seule différence qu'on en fait pas la publicité comme on le fait pour la MVE. Pourquoi là-bas on ne mobilise pas autant de moyens ? S'interrogeait-on. (Homme, leader communautaire)

Une autre rumeur disait que cette maladie a été inoculée ici, c'est-à-dire ce sont les mêmes personnes qui prétendent lutter contre cette maladie qui sont venus avec. Ils sont venus avec dans le but de bouffer l'argent de la communauté internationale. Il faut les frapper et les chasser pour qu'ils retournent avec leur affaire. (Homme, leader communautaire)

Trois entités étaient désignées en tant que responsables de l'arrivée de la maladie et comme commanditaires du génocide. Chacune de ces entités avait ses motivations propres. L'ADF qui n'avait pas réussi à briser la résistance des Nande par ses massacres et souhaitait donc les exterminer par le moyen d'une maladie. Le gouvernement congolais, qui voulait se venger des critiques et de l'opposition farouche des Nande. Les « Blancs » qui cherchaient à contenir la croissance démographique des Congolais et à limiter les risques inhérents pour le maintien de leur hégémonie sur l'Afrique.

On parlait d'une nouvelle maladie à Mangina. Et malheureusement dans la rue, on ne parlait pas de maladie. On disait que c'est un virus, pour exterminer le Muyira⁴ comme on venait déjà de stopper avec le massacre, alors il fallait une autre forme de massacre et c'était ça une autre forme de massacre. [...] Qui amène cette maladie ? ce sont les terroristes, les ADF. [...] Ils commencent par Mangina, mais on accuse aussi le gouvernement qui était en place d'être complice dans le massacre de l'ethnie nande. [...] Sans exagérer, on désignait carrément nos agresseurs, nos voisins agresseurs, que ce sont ceux-là qui veulent nous exterminer pour une extension territoriale. C'est comme ça qu'on faisait véhiculer la rumeur de la maladie, qu'ils ont utilisé les ADF mais comme ils ne parviennent pas à tout exterminer, voici maintenant qu'ils viennent nous détruire avec un virus. C'est comme ça que la rumeur circulait. (Hommes, leaders religieux)

Dans tout ce qu'il vient de dire il y a la complicité avec notre gouvernement. Pourquoi ? Parce que la première équipe d'urgence ou d'intervention qui était venue, c'étaient des Kinois. Des Kinois et curieusement qui ne sont pas dans le domaine de santé. C'était un business. [...] Cela a fait à ce que tout le monde puisse accepter que ce soit une forme de massacre. Ce n'est pas une épidémie. Pourquoi les agents, les prestataires de santé ne s'impliquent pas en premier lieu ? Pourquoi les gens peuvent venir de Kinshasa ? Donc il y avait une zone d'ombre autour vraiment d'Ebola dans sa genèse à Mangina et à Butembo-Beni. (Homme, leader religieux)

Les gens pensaient qu'on tuait les malades. Quand ils arrivaient (au CTE) et qu'on leur annonçait qu'ils ne pouvaient pas voir leur malade, ils disaient : « les Blancs les ont déjà tués ». (Homme, survivant de la MVE)

⁴ Ce terme désigne un membre de l'ethnie Yira.

La population pensait que c'est... « les Blancs... » surtout cette version était à la une quand les vaccins sont arrivés. Pour la population, le vaccin était un moyen pour les exterminer et surtout comme les Blancs n'ont pas su le faire avec d'autres moyens, la population a pensé que la MVE était une maladie importée par les Blancs dans la contrée et que les Blancs sont venus avec cette maladie [...] afin que toute la population soit exterminée. (Homme, médecin)

Comme on était dans la période de guerre, les gens pensaient que l'épidémie d'Ebola est venue pour nous exterminer. Ce n'était pas une maladie, ils pensaient qu'on avait conçu cette maladie et qu'on l'a jetée dans la population pour qu'on puisse exterminer toute la population. Eux, ils pensaient que ce sont des Blancs qui étaient responsables de ça. (Femme, médecin)

Une dernière interprétation de l'épidémie affirmait que la maladie visait exclusivement les pauvres et cherchait à les éliminer. Cette interprétation se fondait sur le supposé constat que les membres des strates sociales aisées survivaient à la maladie et à l'hospitalisation dans les CTE alors que les pauvres y mouraient massivement.

Autre chose, les gens qui habitent les clôtures (c'est-à-dire des parcelles pourvue d'un mur d'enceinte dont les habitants sont considérés comme aisés) n'ont pas été touchés par la maladie comme si cette maladie ne vise que les pauvres. (Homme, tradipraticien)

Un autre fait qui a été observé est la discrimination dans la riposte. On a constaté que les enfants des autorités semblaient ne pas être concernés. Même s'il tombe malade, lui ne pouvait pas être trimbalé comme un individu quelconque. Ce sont par exemple les autorités qui sont dans nos différents services. Moi j'avais constaté que leurs enfants ne partaient pas dans les CTE, alors qu'ils tombaient malade comme les autres qui étaient amenés pour la mort au CTE. Ce fait m'a fait croire que cette histoire de la MVE a été inventée pour nous exterminer nous les pauvres. [...] Je connais un agent de la police dont le fils était tombé malade en accusant une forte fièvre comme celle pour laquelle les gens étaient amenés dans les CTE. Il était à l'hôpital. Quand on a voulu l'emmener, il a dit « mwana nangai akokende te » (mon fils ne sera pas amené là-bas, en lingala). Il s'est imposé et les agents ne sont pas venus le prendre. Nous avons donc eu l'impression que la MVE est venue exterminer les pauvres, les sans voix ou ceux qui n'ont pas de défenseur. Ils avaient du respect pour les enfants des hauts placés dans la société, mais n'avaient aucun égard pour les anonymes. (Homme, leader communautaire)

4.3.3. Une duperie

Dans les premiers temps de l'épidémie, la MVE a été comprise comme une maladie imaginaire, une maladie inventée pour cacher une réalité plus sordide. Les symptômes de la MVE : fièvre, affaiblissement généralisé, douleurs et perte de sang, étaient bien connus de la population et notamment associés au paludisme ou à des fausses couches. La réalité de la MVE était mise en cause sur cette base. Pourquoi annonçait-on une maladie inconnue alors que les signes de cette maladie sont courants et bien identifiés ? Quels étaient les buts inavouables cachés derrière cette affection que l'on dit nouvelle mais qui ressemble tant à d'autres pathologies habituelles ?

C'est vrai les rumeurs circulaient, mais tant qu'on n'avait pas encore assisté à un cas ou qu'on n'avait pas encore été frappé dans son entourage le plus proche, on s'en n'y croyait pas. Les gens disaient que la MVE n'existe pas. Ils disaient que les cas assimilés à la MVE sont des cas de maladies bien connues dans la région, comme la malaria, parce qu'ils présentent les mêmes symptômes. (Homme, cas contact)

La population ne comprenait rien dans tout cela. Complètement perdue, la population ne savait que faire, les gens étaient ébahis. Quelques temps après, la population a commencé à comprendre et se dire que c'est une maladie inventée/créée par les gens qui nous veulent du mal, qui convoitent nos biens. (Homme, chef de cellule)

De plus, contrairement à ce qui était diffusé dans les campagnes de sensibilisation, une rumeur courait selon laquelle la MVE, pourtant qualifiée d'hémorragique, ne provoquait pas nécessairement d'épanchement de sang ni de fièvre. Ebola apparaissait dès lors comme une fumisterie, une mystification, une duperie destinée à tromper

les habitants de Butembo. La MVE était un « Rungu », un terme kinande désignant une tromperie, une supercherie.

Jusque-là, nous qui sommes des Bayira⁵, nous ne savons pas vraiment comment la maladie à virus Ebola est parvenue ici chez nous. Les symptômes, dans l’Ebola, on dit que c’est une fièvre hémorragique mais chez nous ici ce n’était pas le cas. (Homme, tradipraticien)

Enfin, le paradoxe produit par la concomitance entre une épidémie dévastatrice et la dynamique économique florissante induite par la riposte à cette épidémie questionnait la population. Qui donc profitait de cette embellie économique pendant cette soi-disant épidémie ? Cette prétendue épidémie était-elle réelle ? N’était-elle pas fabriquée de toutes pièces pour générer des profits monétaires ? N’était-elle pas une « coop » ? Ce qui dans le parler local désigne une coopération entre des individus qui s’associent pour effectuer des transactions commerciales fructueuses.

De plus, les explications qui étaient données à propos de la maladie ne corroboraient vraiment pas les signes et symptômes de l’Ebola sur terrain ou ne pouvaient convaincre personne. C’est pourquoi, nous étions sûrs que c’était une « coop » montée de toute pièce. (Homme, tradipraticien)

Il y a certaines maladies qui viennent comme le SIDA, etc. mais qui n’ont jamais été financées à la hauteur de cette maladie à virus Ebola de façon à donner l’ordre que ceux qui en souffrent soient recherchés jusqu’à impliquer des soldats, des policiers et tout le monde dans la lutte contre cette maladie au motif de gagner l’argent ! Il y avait beaucoup d’argent en jeu. C’était une véritable « coop ». (Homme, tradipraticien)

Influencée par ces perceptions et représentations disparates, la population associait l’épidémie et sa riposte à une entreprise commerciale guidée par le profit et désignée par le sobriquet « Ebola business ». Le supposé business portait sur un trafic d’organes arrangé au profit des Blancs censément demandeurs de ce type de produit. Il consistait aussi en un trafic d’organes spécifiquement sexuels, masculins (la verge et les testicules) et féminins (vulve, vagin, utérus et seins), destinés à l’exportation vers l’Extrême Orient, en l’occurrence la Chine et le Japon supposément friands de ce type d’attribut. De plus, le sang des malades était supposément prélevé afin d’être lui aussi vendu et exporté vers l’étranger.

Il y avait une rumeur selon laquelle on coupait certaines parties du corps sur les cadavres. [...] On dit qu’il y avait un papa qui était décédé au CTE de l’ITAV. Maintenant, à cause de ce décès, les jeunes s’étaient bagarrés avec les militaires. Pendant cette bagarre ; la population avait récupéré le corps et elle avait constaté que ce papa n’avait plus une partie de son corps, le pénis. A partir de ça nous avons affirmé que ces gens enterrent les cadavres après leurs avoir enlevé certaines parties de leurs corps. On se demandait où est-ce qu’ils mettaient ces parties des corps ? [...] Oui, c’est vrai, pour certains on enlevait les seins ainsi que d’autres parties du corps tel qu’ils le voulaient. (Femmes, couturière et coiffeuse)

Mais le grand problème qui dérangeait les gens était qu’après qu’une personne soit morte de cette maladie. Après des investigations, après avoir ouvert le sac mortuaire, on trouvait que la personne n’avait plus tous ces organes. Par exemple, pour les mamans, on constatait qu’on a amputé les seins ou l’organe génital, et où est ce qu’on amenait ces organes ? (Homme, tradipraticien)

Ils disaient que ce sont des sacrifices. Ce sont des sacrifices par certaines personnes, par certaines religions, par certains Blancs. [...] Et même on disait qu’il y avait même quelques parties de l’organisme transporté ailleurs. Les organes, le trafic des organes. En Europe, chez les Blancs, on achète les organes. (Homme, leader religieux)

Pour la population, les Blancs dans les équipes de riposte exporteraient les seins, les utérus (pour les dames) et la langue (pour les hommes). Trois organes étaient plus incriminés surtout l’utérus et les seins... La population suspectait quelque chose de caché autour de la riposte... surtout devant

⁵Bayira est le pluriel du terme Muyira qui désigne un membre de l’ethnie Yira.

la détermination des Blancs et d'autres étrangers [...] La population pensait que les Blancs sont arrivés pour faire le trafic d'organes. (Hommes, infirmiers)

On disait comme quoi on emportait les parties intimes des femmes soit la matrice, soit les seins. Pour les hommes on prenait le sexe. C'est ce qu'on disait. [...] Il y en avait certains qui disaient qu'il y a dans un pays d'Asie où si vous amenez les parties intimes vous aurez beaucoup d'argent. Donc, on achète ça au niveau de certains pays d'Asie. Vous coupez les seins d'une femme ou un sexe, vous l'amenez vers l'Asie là-bas, il y a des freemasons qui prend ça et qui donnent beaucoup d'argent. Il y avait même des vidéos, peut-être montées de toutes pièces, on ne savait pas, mais il y avait des rumeurs pareilles. La Chine et le Japon. (Homme, agent de santé communautaire)

Du point de vue mystique la compréhension de la population était que quelque part on a besoin du sang humain. Le personnel soignant engagé dans la riposte était à la recherche du sang humain, surtout le sang du groupe O. Quand le personnel soignant procédait aux prélèvements des échantillons de sang pour réaliser les tests de dépistage, la population estimait qu'on était à la recherche de la denrée rare appelée « sang du groupe O » afin d'être parmi les gens mieux payés sur base du nombre des litres de sang prélevés auprès des malades. (Homme, médecin)

On peut émettre l'hypothèse que les suspicions de trafic d'organes reproducteurs masculins et féminins ont un lien avec la connotation sexuelle de la persistance du virus d'Ebola dans le placenta, le lait maternel et le sperme mentionnée dans les messages de sensibilisation et également signalée par plusieurs répondants au cours de l'enquête de terrain.

Les CTE étaient perçus comme les lieux centraux où les trafics s'organisaient. Ils étaient associés à des mouirois, à de véritables abattoirs où les malades Ebola étaient volontairement mis à mort afin de pouvoir prélever du sang et des organes destinés à la vente. L'étrangeté des CTE situés à l'écart des formations sanitaires habituelles, où les malades étaient placés à l'isolement et où opérait du personnel étranger, européen et africain, revêtu de tenues de protection qui lui donnait l'apparence d'effrayants fantômes, contribuait largement à renforcer l'impression que des pratiques sanglantes et des transactions commerciales obscures avaient lieu dans les CTE.

Selon les rumeurs, l'assassinat des malades au sein des CTE s'opérait de plusieurs manières. Soit le malade était achevé à coup de marteau sur la tête, soit un liquide létal lui était injecté dans le cou à l'aide d'une seringue particulièrement énorme, soit on lui faisait ingérer de gros comprimés rouges ou jaunes qui le condamnaient à décéder à plus ou moins long terme.

Mais moi je n'ai pas encore rencontré quelqu'un qui était revenu vivant du CTE après qu'il y ait été admis. Je lui aurais demandé comment il a fait pour s'en sortir. D'ailleurs, les gens disaient du CTE que c'est un mouirois. Ils disaient que le malade peut même ne pas être gravement malade, mais au CTE on fait tout pour qu'il meure afin d'accroître le nombre de décès et trouver ainsi le prétexte de la pérennisation de la maladie. (Femme, cas contact)

Nous apprenions aussi qu'en arrivant au CTE, les soignants achevaient le malade en le frappant avec un marteau. C'est ce qu'on nous disait. Lorsqu'une personne mourait au CTE, celui qui l'a dénoncée ou qui a accompagné le malade (amené dans une structure de santé), celui-là recevait de l'argent pour le geste qu'il avait fait. On ne comprenait plus rien : on se disait (entre nous) "c'est quoi ça ?!" "comment peut-on recevoir de l'argent pour avoir martelé un malade en lui donnant la mort ?". Si le malade passait ne fut-ce qu'une seule nuit au CTE, on concluait qu'il allait succomber. C'est comme ça que nous avons pensé qu'en allant au CTE, on s'attendait à recevoir un sec coup de marteau : "paf !" alors on se disait "AYO" (MALHEUR !) (Femme, cas contact)

Nous (les chefs de cellule) étions accusés de prendre l'argent en échange des cas. En effet, une fois que les cas étaient transférés à l'hôpital, disaient les résistants, ils subissaient un coup de marteau qui les achevait. Il y avait un marteau à l'hôpital, affirmaient-ils. En outre, voyant les symptômes similaires à ceux du paludisme, diarrhées, toux et autres, ils concluaient que c'était tout simplement une stratégie pour gagner de l'argent en contrepartie du sang des victimes. Nous étions accusés d'avoir une prime chaque fois que nous leur offrions un cas, un client à exécuter avec leur marteau. (Homme, chef de cellule)

Moi, j'entendais les gens dire qu'on injectait les malades avec de grosses seringues et on leur donnait des gros comprimés similaires à ceux de vaches, avec peu de nourriture, ce qui était à la base de plusieurs décès. (Femme, étudiante)

Des rumeurs rapportaient aussi que les malades étaient maltraités afin qu'ils aient l'apparence de victimes de la MVE.

J'avais un ami soldat qui était gardien au CTE. Il avait dit que Karasaba (un malade) avait été enfermé dans un sac. Puis on avait cherché une latte dans laquelle on avait placé des clous de 4cm Et Karasaba avait été frappé avec cette latte. Ce qui avait provoqué des saignements de son corps. On avait alors pris une photo pour montrer aux gens qu'il avait les symptômes de la maladie à virus Ebola. (Homme, tradipraticien)

On comprend aisément que la réputation effrayante des CTE ait décidé de très nombreux malades à fuir les équipes de la riposte et à se cacher au sein de leur famille, ce qui contribua malheureusement à l'extension de l'épidémie. Il faut aussi comprendre qu'en refusant de se plier aux injonctions sanitaires des autorités et en cachant leurs malades, les familles adoptaient une attitude morale, faisaient preuve de solidarité et cherchaient à protéger leurs membres des traitements ignominieux qu'ils auraient subi en cas d'internement dans les CTE.

Plusieurs personnes qui étaient résistantes, cachaient les visiteurs qui étaient originaires d'une zone rouge. (Femme, survivante de la MVE)

Je connais un couple qui habitait sous un même toit. L'époux est décédé (des suites d'Ebola). Quelque temps après, l'épouse a eu des malaises aussi. Mais celle-ci s'est échappée et a fui de peur qu'elle ne soit conduite au CTE parce que les gens disaient que le CTE c'est un mouvoir. Si on vous y amène, vous n'en reviendrez pas vivant. (Homme, tradipraticien)

Beaucoup de gens sont tombés malades pendant cette période, mais ont préféré se cacher car ils ont estimé que s'ils se révélaient, ils mouraient. Une rumeur disait qu'il y a certains groupes sanguins qui sont les plus visés, surtout le groupe sanguin O+. On disait que si tu fais partie de ce groupe et qu'on t'amène au CTE, tu ne t'en sortiras pas. C'est comme ça que nous qui appartenons à ces groupes, nous étions obligés de rester dans nos maisons même lorsque nous nous sentions malades. (Homme, leader communautaire)

Celui qui avait contracté la maladie en premier résidait à Beni. Son fils est mort. Lui aussi contracte la maladie. Il quitte Beni et arrive chez nous à Kalunguta. Nous le gardions dans la maison. Lorsque sa santé s'est dégradée, nous l'avons amené au poste de santé de Kalunguta les agents de la riposte nous y rencontrent parce qu'ils recherchaient les malades. Comme ils venaient de nous y rencontrer, le lendemain, nous avons déplacé le malade, « twamamutwesya »⁶, et l'avons amené à l'hôpital des adventistes de Mutiri⁷. En arrivant là-bas, il y avait passé trois jours (dans cet hôpital). Encore une fois, les agents de CTE⁸ nous y découvrent. C'est comme ça qu'on nous avait transféré au CTE ITAV. (Homme, survivant de la MVE)

La riposte était organisée avec du matériel et du personnel étranger mais le personnel soignant local était aussi intégré dans le système. Les infirmiers et médecin locaux étaient dès lors soupçonnés de participer au trafic mis en place par la riposte et de profiter de l'« Ebola business ». La rumeur colportait qu'ils recevaient une prime pour chaque cas suspect signalé et, plus grave, pour chaque malade décédé. Selon la logique de cette rumeur, le personnel soignant avait tout intérêt à pourchasser les malades dans les quartiers afin de signaler le plus grand nombre de cas suspects et à augmenter le nombre de malades décédés. Il avait aussi intérêt à faire perdurer l'épidémie pour maintenir, voire augmenter les revenus tirés de la riposte. La rumeur pervertissait et inversait

⁶ Cette expression désigne le transfert secret du malade d'une structure vers une autre, avec la complicité du responsable de la structure.

⁷ Il s'agit d'un centre hospitalier qui se trouve dans la ville de Butembo, commune Bulengera.

⁸ Par « agents de CTE » l'interlocuteur fait allusion aux agents engagés dans la riposte, surtout ceux impliqués dans la recherche active des malades infectés par le virus d'Ebola.

ainsi le rôle du personnel soignant désormais accusé de vouloir supprimer les patients plutôt que de les guérir. Bien que les rumeurs soient des phénomènes collectifs particulièrement impalpables et évanescents, elles ont malheureusement produit des effets dommageables très concrets : des infirmiers-ières ont été tabassés-es, des infirmiers et un médecin ont été tués, les demeures de certains agents de santé ont été incendiées, des infirmiers-ières souffrent encore actuellement des traumatismes psychiques liés aux violences physiques et verbales qu'ils-elles ont subies.

Ils (les résistants) répandaient le message selon lequel la MVE n'existe pas et qu'on est en train de tuer les gens délibérément. La maladie n'existe pas. Alors quand quelqu'un a un simple rhume, ils mystifient et avancent des justifications dans l'objectif d'aller l'éliminer. En tout cas, ils sont des assassins. Et le salaire augmente proportionnellement avec le nombre des patients qu'une personne amène au CTE ; on comptait le nombre de décès. Voilà ce que les gens disaient. Plus tu fais l'alerte plus tu gagnes. Pour une personne qui meurt, on pouvait gagner beaucoup d'argent. Si tu peux par exemple alerter et que 5 personnes vont au CTE et y meurent, alors là tu touches une somme colossale. Voilà les idées que les gens avaient en tête. Donc les agents de la riposte gagnaient l'argent au prix du sang de la population. Et actuellement, même les soignants sont accusés de s'être enrichis grâce à la MVE. En plus quand un infirmier veut parler du Covid, la réaction est du genre : « Vous qui êtes heureux, vous qui en profitez. Le sang de ces gens vous sera réclamé ». Cela continue d'être dit par certains. (Homme, chef de cellule)

Ebola était un business parce qu'il y avait des rumeurs selon lesquelles si un agent de santé sensibilise un malade et l'oriente au CTE, il recevait une somme d'argent dont la valeur permettait d'acheter une parcelle (de terrain) dans la périphérie de la ville. C'est pourquoi, si quelqu'un était locataire et trouve un tel travail, il pouvait faire de son mieux pour bénéficier de cet argent. C'est comme ça qu'ils tuaient les gens pour qu'ils gagnent de l'argent. On avait constaté qu'il y avait certains intérêts derrière tout ça. (Femme, couturière)

Il y a une infirmière qui est devenue folle. On l'a déjà pillée, on avait brûlé sa maison à Béni. Maintenant elle a un trouble mental. [...] Elle avait alerté qu'il avait un cas suspect chez les voisins de son centre, elle était infirmière. Alors il y avait un cas suspect. Elle avait alerté, on était venu prendre le malade et le malade était décédé. La famille avait brûlé sa maison et maintenant elle est malade mentale. (Femme, infirmière)

Nous avons perdu un infirmier dans la zone de Vuvobi, on peut dire entre 20 et 30 km de Butembo, une zone périphérique de la ville, mais tué parce que, tout simplement, il soignait, il collaborait avec l'équipe de la riposte. Il y a eu vraiment beaucoup de violence pendant la riposte. (Homme, psychologue)

Ces événements dramatiques montrent une fois de plus qu'il faut analyser finement, comprendre intimement et prendre très au sérieux les représentations populaires qui donnent sens aux maladies afin de déterminer les techniques de communication et les informations qui assureront l'efficacité des campagnes de sensibilisation.

Les agents de santé démentent énergiquement les accusations dont ils ont été les victimes. Ils mettent en exergue la souffrance d'avoir été soupçonnés des pires malveillances alors qu'ils continuaient malgré cela à œuvrer pour la guérison des malades. Sans chercher à mettre en doute la probité et la conscience professionnelle du personnel soignant, il faut cependant préciser que les médecins et infirmiers locaux actifs dans la riposte percevaient des primes largement supérieures à leurs revenus habituels. Selon les renseignements collectés lors de l'enquête, les médecins percevaient environ 600 US\$ par mois, les infirmiers approximativement 450 US\$ et les hygiénistes chargés de la désinfection à peu près 350 US\$. Cela constituait un accroissement de revenu assez significatif qui se traduisait par une amélioration visible du niveau de vie de certains agents de santé, par exemple au travers des transformations apportées au logement (renouvellement des tôles de toiture). C'est probablement dans ces signes d'amélioration de leur niveau de vie que se trouve l'origine des suspicions de la population quant au rôle réel du personnel soignant.

Les véhicules de tous les commerçants ont été pris parce qu'on doit déplacer les équipes et ainsi de suite et donc on a trouvé qu'ils ont amené beaucoup d'argent. Comme la population est affamée, on

voit une catégorie de gens qui a maintenant beaucoup d'argent ça devient aussi un problème de conflit, jusqu'à ce que nous les médecins et les infirmiers nous étions devenus les ennemis de la communauté. Et comme les gens mouraient, il suffisait de prendre un malade qui nécessite le CTE et comme nombreux partaient là-bas pour mourir, ah, « on a sacrifié notre enfant à cause de l'argent ». [...] Nous étions payés pour tuer les malades et comme tout malade qui nécessitait le CTE, 80 % mouraient, et chaque fois que c'est vous qui l'avez transféré, vous devenez l'ennemi de la communauté. Et, ils menaçaient d'aller brûler même votre domicile, ah, ça n'a pas été facile. (Homme, médecin)

4.4. Réactions de la population à l'égard de l'épidémie et de la riposte

4.4.1. Méfiance, peur et rejet des équipes de la riposte

La population de Butembo a massivement rejeté les équipes de la riposte qui pénétraient dans les quartiers afin de sensibiliser les habitants, d'extraire les malades suspectés d'être infectés par le virus d'Ebola, de récupérer les cadavres des personnes décédées et au final de désinfecter les maisons. Ce rejet est largement confirmé par les membres de la population mais aussi par les agents de santé, les autorités civiles et les leaders religieux. La réaction des habitants fut souvent violente. Les équipes de la riposte étaient régulièrement « caillassées⁹ » par les habitants afin d'empêcher l'accès aux quartiers et aux maisons.

La résistance opposée aux équipes de la riposte résultait d'une multiplicité de causes qui s'additionnaient les unes aux autres. Les équipes arrivaient dans un imposant « cortège »¹⁰ qui produisait une impression d'envahissement parce qu'il était composé de plusieurs véhicules et de nombreux intervenants. Elles étaient pourvues d'un « arsenal »¹¹ complexe et inconnu : pulvérisateurs de désinfection, sacs mortuaires, brancards. Un déploiement aussi intrusif de moyens n'avait jamais été vu auparavant dans les quartiers. Habituellement, les malades se rendaient volontairement dans les formations sanitaires pour recevoir des soins. Jamais on n'était venu extirper les patients à domicile. Ce comportement inhabituel des agents de santé générait de la défiance et des résistances. Que pouvait bien cacher ce renversement des dispositions ordinaires, n'était-ce pas le signe d'une malveillance, d'un complot ?

Il y a une chose qui faisait qu'ils n'y croyaient pas : c'est parce que là où les experts notifiaient un cas, c'est-à-dire un malade d'Ebola ; les agents de la riposte y venaient directement avec beaucoup de véhicules, mobilisaient les policiers, même les soldats. Donc ils avaient utilisé beaucoup de choses. C'est pourquoi la population disait non ! Ces gens viennent faire chez nous ce qu'on appelle Ebola Business. Ce n'est plus la maladie. Puisque si c'était la maladie, ils pouvaient venir doucement. [...] Mais eux étaient venus, on dirait qu'ils ont toute la force, ils utilisent aussi leurs moyens. Et comme nous, nous sommes sous-développés, directement la population disait : « Quelle est cette maladie ? Quelle est cette maladie où des gens doivent venir en grand nombre comme ça. Même les Blancs viennent ! ». C'est pourquoi les gens n'avaient pas cru que c'est réellement la maladie. (Femme, survivante de la MVE)

Les agents de la riposte chargés d'approcher les familles, les malades et les cadavres étaient revêtus d'équipements de protection individuelle (EPI) qui les faisaient ressembler à des « astronautes », des « fantômes » ou des « anges »¹². Cet accoutrement générait des suspicions et des craintes quant aux intentions réelles de la riposte parce qu'il était impossible de distinguer les visages et d'identifier les personnes cachées dessous.

⁹ Ces termes sont ceux qui ont été utilisés par les répondants au cours des entretiens réalisés en français.

¹⁰ Même remarque

¹¹ Idem

¹² Idem

Les équipes de la riposte comportaient des « hygiénistes » revêtus des EPI et chargés de désinfecter les maisons et les biens qu'elles contenaient. Deux méthodes de désinfection étaient utilisées : l'immersion des tissus dans une solution chlorée ou la pulvérisation de désinfectant sur les murs et le mobilier. Les matelas, draps et vêtements souillés par les malades étaient brûlés. L'incinération de ces effets personnels était vécue comme une agression et les agents de la riposte chargés de cela étaient considérés comme des agresseurs. On notera toutefois que les biens détruits étaient parfois remplacés avec les fonds alloués par le système de riposte. Il semble en outre que certains habitants aient été forcés de déménager au moins pendant une période de décontamination.

Vous arrivez avec vos théories et vous dites on va brûler vos matelas. « Quoi, on va brûler nos matelas, on va brûler nos draps. Vous êtes comment vous ? J'ai acheté ça avec de l'argent, non ? Et vous venez brûler ça ! » Ça donne l'image que ces gens (le personnel de la riposte) sont aussi des agresseurs. (Homme, médecin)

L'autre échec c'est quand ils venaient brûler tous les biens du malade lors de la désinfection de la maison. [...] Ils ne donnaient que des petites choses qui n'équivalent pas à ce qu'ils avaient brûlé. [...] En plus on brûlait tous ces biens à la vue de tout le monde, c'était comme pour ridiculiser la personne. C'était vraiment ridiculisant ; en plus on brûlait les biens de quelqu'un à sa présence alors ça faisait tellement mal. (Femme, cas contact)

Parmi les équipes de la riposte qui pénétraient dans les quartiers se trouvait du personnel étranger, des Européens, des ressortissants de l'Ouest africain et des Congolais venus de Kinshasa ou de la Province de l'Equateur. Quelle que soit leur origine, ils ne maîtrisaient aucune des langues locales et ne connaissaient ni la culture ni les normes sociales autochtones. La présence soudaine et inaccoutumée de ces individus, non seulement dans les quartiers mais aussi dans les CTE, venait encore renforcer les peurs provoquées par les méthodes saugrenues de la riposte.

Les gens racontaient qu'il y avait des étrangers dans le milieu qui avaient donné de l'argent au personnel de santé afin de nous tuer. Alors on disait aux gens d'être vigilants, C'est comme ça quand on voyait un véhicule suspect, on le soupçonnait déjà d'appartenir aux gens de la riposte. Généralement quand ils arrivaient dans nos parcelles, ils parlaient des langues que nous ne comprenions pas, par exemple le français. En plus, ils étaient habillés avec des tenues inhabituelles dans l'environnement. C'est comme ça que la population se demandait qui sont réellement ces gens ? On doutait d'eux et on se disait qu'ils sont réellement venus pour nous exterminer. C'est ainsi qu'on commençait à s'attaquer à eux. (Femme, agent communautaire)

C'est la présence des étrangers qui fut à l'origine de toutes ces rumeurs. Imaginez- vous quelqu'un qui arrive au CTE en s'exprimant en langue locale (le kinande) et dit qu'il a mal à la tête. Le soignant étranger ne comprenait pas cette langue, alors on ne pouvait pas s'entendre. En plus, comme on avait tellement peur d'eux, on pouvait se dire facilement qu'ils viennent nous tuer. (Femme, agent communautaire)

Les témoins interrogés au cours des entretiens signalent la présence d'imposteurs au sein du personnel médical engagé dans la riposte. Ils affirment que des personnes qui n'avaient suivi aucune formation médicale travaillaient malgré cela au sein des équipes chargées des soins. Des gens connus à Butembo comme manutentionnaires ou électriciens auraient exercé des activités médicales au sein de la riposte.

Nous ne comprenions pas comment ils pouvaient intervenir (dans la riposte) parce qu'ils n'étaient pas infirmiers. Nous ne savions pas comment on les avait recrutés. C'est pourquoi nous disions que les agents de la riposte avaient mal débuté. Car on apprenait malheureusement que de nombreuses personnes sont au CTE sans être personnel de santé. On l'appelle Docteur mais c'est un enseignant qui a abandonné la craie parce qu'il me connaît et qu'il a eu cette opportunité : « toi aussi mon frère, viens ici ». [...] Si on demandait la qualification de chacun, on pouvait directement découvrir des intrus. On faisait travailler quelqu'un sans connaître sa qualification. [...] Grâce aux relations. Par exemple, là vous me connaissez. Si vous avez une opportunité vous allez me dire : « Shabani,

venez ici, voici la mission, il y aura du savon (une prime) ». Nous l'avions remarqué pour certains : « celui-ci c'est un médecin ». Vous dites : « c'est vrai ?! ». (Homme, agent communautaire)

Il est difficile de vérifier cela a posteriori. Il semble cependant qu'il puisse y avoir une part de vérité dans ces assertions, c'est du moins ce que montre une anecdote relevée au cours de l'enquête. Pendant la 10^e épidémie, un répondant de l'enquête souhaitait mettre en location un logement dont il était propriétaire. Un locataire potentiel se présente à lui comme médecin mais lorsqu'il demande de consulter la carte d'identité de ce dernier, il constate que la profession d'électricien y est mentionnée. Étonné, le propriétaire demande à l'électricien de justifier la raison de cette usurpation de profession. L'électricien explique alors que l'enrôlement dans la riposte l'autorise à se prétendre médecin et que c'est la pratique habituelle au sein du personnel de la riposte.

Au final ce qui importe n'est pas de savoir si quelques impostures ont réellement eu lieu mais plutôt de pointer le fait que la population de Butembo percevait le personnel de la riposte comme des imposteurs et que cela a probablement eu des effets négatifs sur le degré de confiance accordée aux équipes de la riposte.

Outre les accusations d'imposture, les équipes de la riposte avaient également la réputation de fréquenter les bars, de se livrer à la débauche et à des excès sexuels, profitant de leurs généreuses rémunérations pour séduire les femmes mariées et féconder des jeunes filles qu'ils abandonnaient ensuite à leur sort. Certaines femmes engagées dans la riposte portaient des pantalons, une tenue qui ne cadre pas avec les normes de décence locales.

Ces gens étaient venus à la recherche des femmes. On le voyait même ici. On entendait dire que telle fille sort avec tel agent. [...] La population ne comprenait rien de ce qui se passait. Elle se posait la question de savoir comment les gens qui sont venus prendre en charge une maladie contagieuse peuvent avoir des contacts avec les filles de la zone épidémique ? Est-ce que c'est réellement une vraie épidémie ? Ils sortaient avec ces filles sur terrain et pouvaient être contaminés également. [...] Cela avait reflété une mauvaise image. (Femme, agent de santé communautaire)

Quand on a vu ces filles en pantalon, en minijupe et que ce sont elles qui venaient nous sensibiliser, on se dit non, non, ce que vous faites là ce n'est que la prostitution. Il n'y avait pas du sérieux. (Homme, leader religieux)

Les perceptions et représentations négatives de la population à l'égard des équipes de la riposte ainsi que les doutes vis-à-vis de leurs intentions réelles ont conduit à une résistance farouche et violente contre les incursions de ces équipes dans les quartiers et les maisons. A tel point qu'on fit appel à la police et aux forces armées pour accompagner les équipes de la riposte lorsqu'elles allaient chercher de force des malades ou des cadavres dans les quartiers. La présence de soldats et de policiers armés combinée à l'emploi de la contrainte et de la force conduisit à une véritable militarisation de la riposte. Les militaires et policiers étaient également chargés d'assurer la protection armée et la sécurité des CTE qui avaient été violemment attaqués à plusieurs reprises par des groupes de « résistants ». La réputation douteuse des militaires et la peur qu'ils inspirent n'a certes pas contribué à réduire les tensions avec la population mais les a, au contraire, intensifiées.

Les gens de riposte venaient d'une manière étrange, pour récupérer un malade ; ils venaient en cortège des véhicules escortés par les militaires sachant qu'ici au Nord-Kivu nous avons souvent peur des militaires. (Femme, agent de santé communautaire)

Ceux qui sont venus pour lutter contre Ebola sont venus avec des intimidations. Ils ne se privaient pas de faire intervenir la police ou l'armée et ce, avec brutalité dans une affaire de santé ; précipiter les gens au CTE sans espoir de revenir ; voilà pourquoi beaucoup de gens fuyaient. (Homme, leader communautaire)

Les gens ont fait la vraie contre-offensive (suite au refus de rendre un cadavre à une famille). Ils ont tiré sur nos vitres (dans l'hôpital de Katwa), ils m'ont vu en pédiatrie, m'ont jeté des pierres. [...] Il y avait des trous de balle dans l'hôpital parce que la police voulait protéger. [...] Avec des pierres et des bâtons. [...] Un médecin a été pris en otage. [...] Il y avait une masse (de gens) et la police a tiré en l'air pour les disperser. [...] Ils ont saccagé. (Femme, infirmière)

4.4.2. Fuite et dissimulation des malades

La crainte d'être embarqué manu militari par les équipes de la riposte puis d'être testé positif et transféré dans les CTE a poussé de nombreux malades à fuir ou à se cacher. Les doutes qui pesaient sur les ressorts secrets de la maladie combinés avec la sinistre réputation des CTE ont généré cette situation particulièrement dommageable puisqu'elle a contribué à diffuser la MVE et à prolonger l'épidémie. La méfiance à l'égard des CTE était tellement forte que certains malades qui y étaient amenés s'échappaient et que d'autres refusaient d'avalier les médicaments qu'on leur présentait.

Les CTE étaient établis en dehors des formations sanitaires habituelles et construits avec des bâches et des tentes. Ils étaient scindés en plusieurs zones : accueil et triage, zone à bas risque et zone à haut risque où se trouvaient isolés les cas avérés de MVE. Les visites étaient strictement règlementées. Les familles pouvaient toutefois voir leurs malades au travers d'un vitrage mais il leur était interdit de les approcher. Il était cependant possible de leur parler en plein air mais à distance et à condition que les malades soient suffisamment robustes pour se déplacer. Ces limitations contrastaient fortement avec les habitudes locales qui prescrivent de rendre de nombreuses visites aux personnes hospitalisées et de leur adjoindre un « garde-malade » chargé de les nourrir et de veiller à leur confort. De plus, la nourriture était poussée jusqu'au malade sur un plan incliné qui aboutissait dans sa chambre. Ce système paraissait irrespectueux : on « jette » la nourriture aux malades, on leur donne la nourriture « comme à des chiens ».

On avait construit avec des bâches et des tentes. Il y avait des zones. Il y avait d'abord le triage, la réception, là où l'ambulance doit atterrir pour faire entrer le malade au CTE. Et là nous avons deux zones, il y avait la zone des suspects et la zone des confirmés. Dès que le malade arrive nous le mettons d'abord dans la zone des suspects. (Femme, infirmière)

Lorsque la famille arrivait pour les visites, il devait y avoir une distanciation de 2 mètres ou plus. On fait venir le patient s'il peut se mettre debout. Mais ils ne pouvaient pas entrer là où il est comme c'était déjà un cas suspect, pour couper la chaîne de contamination. [...] S'il nécessitait un garde-malade on pouvait prendre un guéri d'Ebola qui restait auprès de lui pour le changer de position ou d'autres choses. [...] C'est comme une vitrine qu'on a construit, vous voyez la personne dedans en étant à l'extérieur vous pouvez la voir dedans. Vous restez dehors et vous voyez le malade à l'intérieur. ... Il n'y avait pas de contact direct. (Femme, infirmière)

Les mesures prises pour isoler les cas avérés de MVE sont incontestablement adéquates d'un point de vue strictement épidémiologique. Cela n'empêche pas que la population de Butembo a interprété et perçu ces dispositions inhabituelles comme une agression à son encontre et le signe qu'un commerce douteux était à l'œuvre. Il aurait été judicieux, ce qui fut fait par la suite, d'installer les CTE dans les formations sanitaires où les gens se font habituellement soigner et de se rapprocher autant que possible des dispositifs médicaux connus de la population.

Un autre élément mérite d'être abordé. Les soins dispensés dans les CTE étaient gratuits. Cette gratuité semble avoir eu des effets positifs mais aussi négatifs. Elle fut très appréciée par les personnes infectées qui ont survécu à la maladie après leur séjour dans les CTE. Ces « vainqueurs » ont aussi fait l'éloge de la qualité des soins qui leur a permis de survivre. La perception des habitants de Butembo se distinguait cependant de celle des vainqueurs. La gratuité des soins dans les CTE suscitait des questions. Qui donc finançait la gratuité des soins ? Quelles étaient les motivations et les intentions souterraines de cette gratuité ? N'était-ce pas un moyen pervers utilisé par les financeurs européens pour attirer les malades vers les CTE de façon à mieux les assassiner et monnayer leurs organes ? Lorsqu'elle est analysée dans cette perspective, la gratuité des soins peut apparaître comme l'un des éléments qui ont façonné la représentation sociale exécrationnelle des CTE. Peut-être aurait-il mieux valu demander une contribution même mineure ou symbolique aux patients.

4.4.3. Dissimulation et exhumation de cadavres

Les pratiques d'inhumation imposées par la riposte furent l'objet de tensions particulièrement intenses avec la population. Les difficultés résultaient notamment de l'utilisation de sacs mortuaires totalement inconnus dans la

région. Placés dans ces sacs, les corps des décédés n'étaient plus visibles par les familles. Cette situation générait des questions et des accusations. Pourquoi devenait-il tout à coup impératif d'utiliser des sacs mortuaires alors qu'aucune maladie n'avait jamais nécessité cela auparavant ? Ne risquait-t-on pas d'étouffer un malade enveloppé encore vivant dans un sac mortuaire ? Ce sac n'avait-il pas pour fonction d'empêcher que la famille constate que des organes ont été prélevés sur le corps ?

Par exemple, dans le village Bwinongo les corps des défunts n'étaient pas exposés aux membres de famille avant l'inhumation. Un avocat local ayant perdu un membre de sa famille a eu l'audace d'exhumer le corps afin de vérifier l'entièreté de ce corps. Cet avocat est décédé par après de la MVE après avoir contaminé plusieurs de ses proches dans le village. (Homme, médecin)

Outre cela, du moins au début de la 10^e épidémie, des personnes décédées de la MVE ont été enterrées à l'insu des familles en des lieux inconnus d'elles. Cette pratique brutale s'est heurtée à une opposition farouche et parfois violente. Les enterrements organisés par la riposte s'effectuaient au mépris total des coutumes funéraires locales. Celles-ci commencent en effet par l'exposition de la dépouille pendant quelques jours au domicile du défunt. L'inhumation s'effectue ensuite publiquement dans l'endroit choisi par la famille soit dans son terroir d'origine, soit dans un cimetière.

Alors ça aussi, ça énervait. Vous arrivez au CTE et puis on vous dit, oui, votre malade est décédé, on l'a déjà enterré. C'était vraiment très, très dur à accepter par la famille. (Homme, prêtre)

Il semble aussi que des tombes aient été creusées par avance. Ce qui laissait supposer que des décès étaient programmés par la riposte et confirmait ainsi l'existence du complot commercial « Ebola business ». On rapporte également que des femmes membres de la riposte ont participé aux inhumations habillées d'un pantalon. Ces comportements ont particulièrement choqué les habitants de Butembo parce que, selon les normes locales, les femmes ne participent pas aux inhumations et ne portent pas de pantalon car ce n'est une tenue inappropriée.

Il y a plusieurs pratiques auxquelles nous avons assisté pendant la période de riposte mais qui ne sont pas conformes à la coutume locale. Par exemple ici chez nous, la coutume interdit de creuser la tombe pour une personne qui n'est pas encore décédée. Mais nous les avons vus creuser des dizaines des tombes avant même la déclaration des décès. Et ce qui est curieux, c'est qu'on pouvait voir le lendemain ces tombes pleines, comme si les gens étaient condamnés à mourir et qu'ils en savaient déjà le nombre à l'avance. (Homme, tradipraticien)

Un autre fait qui a heurté la coutume locale c'est la participation active des femmes aux enterrements. On a vu des femmes faisant partie de l'équipe de riposte prendre part aux enterrements, c'est un sacrilège dans notre coutume. (Homme, tradipraticien)

Les réactions de la communauté aux pratiques de la riposte en matière de funérailles furent particulièrement dures. Des cadavres furent arrachés aux équipes de la riposte et emportés par les familles, d'autres furent exhumés pour vérifier qu'aucun organe ne manquait. Des décès furent dissimulés et des corps furent exposés pendant des deuils secrets au terme desquels la dispersion des participants était organisée collectivement pour échapper aux recherches de la riposte. Les témoins rapportent également la résistance violente opposée aux équipes de la riposte qui tentaient de se rendre au domicile d'un défunt pour emporter un cadavre.

Dans le quartier Wayene par exemple, il avait eu un cas. Et là, la police était venue. Là les agents de riposte s'étaient disputés un corps sans vie avec les membres de la famille du défunt. C'est alors que la police avait fait son intervention en faisant usage des armes à feu. [...] C'était une maman qui était décédée au moment de l'accouchement. La famille avait tout fait pour sortir le corps de l'hôpital. Mais pendant ce temps, les agents de riposte avaient aussi eu vent de ce qu'il y a une maman morte sur le lit de l'accouchement. Ils voulaient se précipiter pour venir faire leur prélèvement. C'est alors qu'on leur avait dit que la famille a déjà enlevé le corps. Après s'être renseignés sur l'adresse du domicile de la défunte, ceux-ci avaient tenté de venir pour récupérer le corps en vue de procéder au prélèvement ; ce que la famille de la défunte ne voulait pas entendre. C'est dans ces disputes que les balles avaient crépité. Dans cette atmosphère de confusion, les membres de la famille avaient pris le corps sans vie à moto et fui avec jusqu'à Matali où il avait été

enterré. Là, les agents de la riposte n'avaient pas su récupérer le corps malgré l'intervention de la police. (Femme, cas contact)

4.4.4. Refus de la vaccination

Les cas contacts, c'est-à-dire les personnes qui avaient fréquenté un malade infecté par le virus Ebola, étaient pistés par les équipes de la riposte afin de leur proposer de se faire vacciner. Les refus étaient très fréquents. Le vaccin était en effet perçu par de nombreuses personnes comme vecteur de la maladie et non pas comme une protection contre celle-ci. La conviction sous-jacente à cette inversion du rôle de la vaccination était que les fabricants de vaccins, en l'occurrence des Blancs, instillaient la maladie dans leurs produits afin d'anéantir l'ethnie Nande voire plus largement les Noirs dans leur ensemble.

Les gens commençaient à se dire que ça ce n'est pas l'épidémie d'Ebola et on commençait à nous parler de vaccin, on entendait les gens dire que les blancs viennent nous tuer à travers ce vaccin et que tous ceux qui seront vaccinés mourront dans dix ans et les autres disaient que ce vaccin nous rendrons stériles. Comme les Africains sont déjà très nombreux, on veut alors nous éliminer par ces vaccins et détruire l'intelligence de nos enfants. (Femme, cas contact)

Le vaccin avait aussi la réputation de rendre les femmes stériles et de produire des effets secondaires très sévères proches de la maladie elle-même. De plus, des personnes déjà vaccinées contractaient malgré tout la MVE. Le vaccin paraissait donc inefficace même s'il atténuait les effets de la maladie. Le refus du vaccin était aussi lié aux craintes générées par son caractère expérimental.

Au début la population estimait que la vaccination était mortelle. Pour elle, le vaccin est à l'origine de la maladie étant donné que la vaccination entraînait des effets secondaires comme la fièvre et même le saignement, les mêmes signes qu'on présente en cas de maladie [...] avec la vaccination on fait la maladie réelle. (Femme, infirmière)

Le rejet de la vaccination pouvait aussi avoir une dimension religieuse. Certaines églises certifiaient que Dieu seul a le pouvoir de protéger contre les maladies. La vaccination était donc inutile et en quelque sorte blasphématoire puisqu'elle avait la prétention d'assumer un rôle réservé à Dieu.

4.4.5. Violences sporadiques

Plusieurs épisodes de violence ont eu lieu durant 10^e épidémie. Les CTE ont été attaqués de nuit par des groupes de « résistants ». Des coups de feu ont été échangés entre les attaquants et les militaires chargés de sécuriser les lieux. Les CTE de l'ITAV et Kirimavolo ont été attaqués, celui de Kirimavolo a aussi été incendié. Les membres du personnel soignant ont fui pour se mettre à l'abri. De même, l'hôpital Général de Référence de Katwa dans lequel se trouvait un centre de triage et de transit vers le CTE a été investi par une foule en colère menée par de jeunes hommes particulièrement menaçants. Le personnel de santé a dû enlever rapidement ses tenues de travail pour prendre la fuite. Un médecin a cependant été molesté par la foule. Ces offensives étaient toutes motivées par la profonde certitude que, contrairement au discours tenu par les autorités administratives, politiques et sanitaires, les CTE et l'hôpital de Katwa étaient devenus des endroits où les patients étaient assassinés plutôt que soignés.

Pendant que j'étais de garde, il y avait eu des crépitements de balles tout autour du CTE. [...] C'était la nuit, il y avait une crise, une panique [...] On était menacés d'être brûlés, on était menacés d'être attaqués, pensant que nous on était en train de tuer les gens dans le CTE. Alors on écoutait comme ça le crépitement des balles et nos équipes qui étaient en interne étaient obligées de quitter en hâte sans prendre de précautions d'enlever les équipements de protection individuelle qui était leur protection pour la zone à haut risque. [...] On avait aussi brûlé le CTE pendant une garde d'autres personnes. Cela a fait que pendant un temps on ne travaillait plus. On ne sait pas qui brûle parce que ce sont de mauvaises idées de la communauté : on pense que nous sommes là pour tuer. (Femme, médecin)

Les infirmiers et les médecins qui signalaient la présence de personnes malades au sein d'une famille ou d'un quartier étaient perçus comme des délateurs malveillants. Ils étaient accusés d'être responsables du décès des

personnes qu'ils avaient contribué à faire interner dans le CTE et même d'avoir été rémunérés pour cela. Ils faisaient l'objet de menaces verbales et de violences physiques. Des maisons ont été brûlées. Il y eut même plusieurs meurtres dont celui d'un médecin camerounais assassiné par balles dans des circonstances obscures.

Apparemment, ceux-ci (les infirmières et agents de santé communautaires) avaient l'intention de collaborer avec les agents de la riposte pour sensibiliser les gens et identifier des cas dans le quartier. Mais ils ont vite été découragés par des rumeurs qui couraient au quartier et qui disaient « nous allons brûler la maison du malchanceux qui ose sympathiser avec les agents de riposte ». C'est comme ça qu'ils ont pris du recul et on n'a plus entendu parler d'eux. (Femme, ménagère)

Il y a des gens qui ont été caillassés, il y a des gens qui ont été tabassés. [...] La population pensait que c'est une histoire que nous avons montée de toutes pièces pour nous enrichir sur le dos de ces malades-là. Alors, moi personnellement, prestataire que j'étais, nous avons été indexés que ce sont ces gens qui sont avec nous qui vont informer quelque part (au CTE) qu'il y a un malade. [...] Et, en remontant l'information, la famille de ce malade saura que tu étais là. [...] J'ai reçu des menaces verbales venant de motards et de la famille. (Homme, médecin)

Alors moi (le chef de cellule) et l'infirmier là, nous étions attaqués par la population de telle sorte que l'on menaçait d'incendier la maison d'habitation de cet infirmier. Et moi j'étais là pour nous défendre. Et les autres infirmiers étaient venus. Tous ensemble nous avons tonné à l'unanimité. Mais ils n'avaient pas compris tout de suite. Ils avaient même entrepris un plan pour nous chasser du quartier. (Homme, chef de cellule)

Un processus du même ordre était à l'œuvre au sein de certaines familles. Les personnes qui conseillaient d'amener un malade à l'hôpital ou directement au CTE risquaient d'être accusées d'avoir eu des intentions malveillantes envers le malade si ce dernier décédait. En outre, des parents ou des voisins pouvaient être accusés d'avoir eu recours à la sorcellerie ou à l'empoisonnement pour rendre une personne malade. Le responsable désigné par l'entourage était parfois brutalisé.

Si j'arrive chez ma sœur, je lui dis : « comme le fils ne guérit pas, il a peut-être contracté la maladie. Amenons-le au triage et puis on va faire le test et tout ça. Ok, je vais l'amener (répond la sœur) ». C'est moi qui suis venue dire à ma grande sœur amenons le fils à l'hôpital. S'il va mourir là-bas, aaah, tu voulais le croquer pour avoir de l'argent. C'est fini, c'est fini, on va t'accuser. ... Tu avais un programme, un projet pour lui. ... Les familles sont divisées. (Femme, infirmière)

Il y a eu beaucoup de morts dans une même famille. On a dit : « c'est la sorcellerie qui est arrivée ». On a trouvé le sorcier dans la famille et c'est lui qui a ensorcelé les autres. [...] D'ailleurs, il y en a un qui était décédé tout près d'ici, on l'avait battu à mort. [...] Les gens se demandent : « pourquoi seulement dans notre famille et qui est responsable de tout ça ? » [...] C'est surtout quand il y a des conflits latents dans les familles. (Femme, infirmière)

Parce qu'ils voyaient les gens mourir. Et dans chaque famille les gens disaient que c'est la sorcellerie. Ils cherchaient même le soi-disant sorcier qui a empoisonné ces personnes. Donc des gens ont été accusés d'être des sorciers à cause de la maladie à Virus Ebola. (Femme, survivante de la MVE)

Il semble que les jeunes hommes de certains quartiers aient constitué des groupes d'opposition et de résistance à la riposte particulièrement combattifs. Les regroupements professionnels des chauffeurs de « taxi-moto » figuraient parmi les associations les plus influentes dans le contexte de l'épidémie.

4.4.6. Rejet des pratiques de protection

Au début de la 10^e épidémie, le scepticisme et les réticences ont prévalu par rapport aux mesures de protection promues par la riposte : se laver régulièrement les mains, adopter une hygiène domestique rigoureuse, éviter les contacts physiques et les rassemblements. Ces oppositions étaient dues d'une part à la conviction très répandue selon laquelle l'épidémie n'était qu'une maladie inventée et d'autre part à la défiance populaire à l'égard de ce que les autorités disent ou conseillent. Par ailleurs, les fidèles d'églises du réveil plutôt marginales considéraient

qu'il était inutile d'adopter les gestes de protection puisqu'ils estimaient que seul Dieu avait le pouvoir de les protéger de la maladie et de les guérir. Néanmoins, malgré ces résistances, la peur générée par l'aggravation de l'épidémie et l'accroissement spectaculaire du nombre des décès contribua à l'adoption progressive des gestes prophylactiques.

4.4.7. Méthodes de prévention populaires

De nombreuses méthodes et recettes populaires étaient utilisées pour tenter de se protéger de la MVE. Les plus courantes étaient de boire régulièrement de la cendre dissoute dans de l'eau salée et de manger des légumes amers¹³ comme la morelle ou certains types de courge. Il s'agissait aussi de confectionner des infusions diverses à base de jus de citron ou de gingembre ou encore de manger le champignon dénommé « bukakati ».

Les gens sont arrivés à un niveau où ils commençaient à inventer leurs propres remèdes. On a entendu les gens nous dire qu'il faut mélanger la cendre à l'eau et boire ; d'autres ont dit qu'il faut manger « le mboka chungu » (une espèce de légume traditionnel dont le goût recherché est son amertume) pour lutter contre la MVE. [...] Chacun dans son coin a cherché à se protéger par tous les moyens. C'est ainsi que nous avons commencé à fabriquer nos propres remèdes traditionnels pour nous-mêmes. [...] Je me rappelle qu'à deux ou trois reprises, ma mère a préparé et nous a servi un mélange de jus de citron, d'eau et de cendre qu'elle nous a demandé de boire parce que, selon elle, ce mélange guérit la MVE. [...] D'ailleurs, pour renchérir sur ce que mon prédécesseur vient de dire, nous avons constaté qu'à cette période le prix des citrons et du « mboka chungu » avait sensiblement augmenté, parce que les gens avaient intégré ce légume dans leurs habitudes alimentaires. Il y a aussi le gingembre et le « bukakati¹⁴ » (Extraits d'un focus groupe avec des leaders d'organisations de la société civile)

4.4.8. Effets pervers du rejet de la riposte

Les doutes et incertitudes quant à la réalité de la MVE ainsi que le rejet des mesures bien intentionnées mais souvent maladroites mises en œuvre par le personnel de la riposte ont très probablement participé à la prolongation et l'extension de l'épidémie.

On note également qu'à l'époque de la 10^e épidémie, les gens hésitaient à se faire soigner dans les formations sanitaires habituelles. Ils craignaient qu'une simple fièvre ou qu'un banal écoulement de sang soit considéré comme un symptôme de la MVE et qu'ils soient dès lors transférés dans un CTE ce qui, croyaient-ils, les condamnait à une mort certaine. Ils préféraient donc recourir à l'automédication, consulter les tradipraticiens ou se rendre dans de structures sanitaires privées qui niaient l'existence de la MVE. L'effet de ce phénomène sur l'évolution de l'épidémie est impossible à évaluer mais il est certain qu'il y eut un impact négatif.

Oui, à cette période les gens ne voulaient pas se faire soigner à l'hôpital de peur d'être assimilé aux malades affectés par l'épidémie d'Ebola pour être isolé et mourir au CTE. [...] Je m'efforçais de paraître en forme pour ne pas être suspectée. [...] On se disait si j'ai mal à la tête je vais acheter le paracétamol et s'il y a un peu de malaria je vais acheter tel médicament pour en finir, si on a un familier soignant, on fait appel à lui pour venir vous soigner à la maison, et s'il s'agissait de perfuser on se faisait perfuser à la maison et Dieu nous faisait grâce, les gens guérissaient à la maison. [...] Même pour accoucher c'était un problème, vous entendiez dire que la personne a beaucoup saigné et que c'est Ebola, mais ils oubliaient que les gens accouchent et ont toujours saigné non ! (Femme, ménagère, cas contact)

¹³ Mboga chungu en kinande

¹⁴ Le bukakati est une variété de champignon qui pousse sur le bois mort.

4.5. Réaction des acteurs de la santé vis-à-vis de l'épidémie et de la riposte

4.5.1. Les médecins

Au démarrage de l'épidémie, les médecins qui exerçaient à Butembo n'avaient qu'une compréhension limitée de la MVE, de ses modes de transmission, de ses effets et des soins à apporter aux malades. Leurs connaissances provenaient principalement des souvenirs de leurs études de médecine et des informations transmises par la radio à propos des épidémies de la province de l'Equateur ou de la Guinée.

La première fois que j'ai entendu parler de la MVE, c'était de façon théorique à l'université mais je n'avais jamais vu un seul cas ni vécu une épidémie. [...] Nous avons eu l'information à la radio, l'épidémie ayant commencée à Mangina (épicode de la MVE). C'était pendant une période particulière caractérisée par une grève généralisée des infirmiers du 1^{er} échelon des soins, il avait été constaté une situation anormale de santé publique. Comme le rapport d'information sanitaire au niveau local n'arrivait plus du 1^{er} échelon au niveau de la zone de santé, on avait constaté avec retard qu'il y avait déjà une épidémie installée dans la contrée. (Homme, médecin)

Les médecins et infirmiers interrogés pointent l'apport absolument indispensable des médecins étrangers expérimentés dans la gestion des épidémies de MVE pour fournir des informations cliniques précises à propos de la MVE et pour mettre en place un dispositif efficace pour enrayer l'épidémie. Ils approuvent aussi l'indispensable approvisionnement en ressources matérielles organisé par les intervenants internationaux : fourniture de médicaments, de sacs mortuaires, d'EPI, construction des CTE, véhicules, etc.

Dans le corps médical (la présence d'expatriés) c'était un bénéfice, puisque c'était un accompagnement qui nous a rôdé et qui nous a aidés. C'était très utile. (Homme, médecin)

Le point fort, c'était aussi nos ONG qui nous ont soutenus parce que c'était aussi dans la prise en charge ce soutien-là. Alima, on a eu IMC, International Medical Corp. Ce sont des organisations qui se sont données aussi parce qu'ils ont envoyé les leurs dans la communauté qui ne voulait pas d'eux. (Femme, médecin)

MSF a aidé le personnel à comprendre l'importance de la prévention dans le sens qu'il prônait d'abord de préserver la santé du personnel avant celle de la personne malade. (Homme, infirmier)

MSF a joué un rôle important dans le renforcement des capacités du personnel de soins ; pour faire comprendre la maladie, les risques de la maladie, les conséquences liées à la maladie et l'approche de prise en charge. (Homme, infirmier)

Tout en reconnaissant les indispensables contributions étrangères, ils critiquent simultanément la visibilité excessive et la prédominance accordées au personnel médical importé, même congolais, dans les interventions de la riposte au sein des quartiers ainsi que dans l'accueil et l'administration des soins dans les centres de triage, de transit ou les CTE. C'est dans ces pratiques maladroites qu'ils situent l'origine de la méfiance et de la résistance de la population à l'égard du dispositif de riposte. La présence massive d'étrangers, singulièrement de Blancs, aurait induit des soupçons et des craintes quant aux ressorts cachés de la MVE.

Les acteurs locaux ont été mis au second plan pensant que n'ayant pas vécu une épidémie d'Ebola, donc ils ne connaissaient pas grand-chose. On a oublié que ce sont plutôt ces acteurs-là qui connaissent le terrain et qui pouvaient donc aborder la population. Ils connaissent les us et coutumes du milieu. (Homme, médecin)

On a vu venir beaucoup de femmes en pantalon, des Kinois qui parlaient lingala, qui ne savaient pas s'adresser à la communauté avec le langage local, une communauté meurtrie par les massacres. Alors la compréhension de l'épidémie a été biaisée à tous les niveaux. Alors que si on parlait de cet organigramme-là, avec les relais communautaires qui ont toujours vécu avec cette communauté-là, qui ont toujours vacciné leurs enfants, ça ne poserait pas de problème. [...] Une mauvaise gestion de l'épidémie à partir déjà du Ministère à Kin. (Homme, médecin)

Il est important de noter qu'aucun cas de déni de l'épidémie ou de résistance à la riposte n'a été signalé parmi les médecins locaux. L'adhésion et la collaboration ont, semble-t-il, été totales. Certains médecins regrettent toutefois timidement que les ressources financières (les primes) de la riposte aient bénéficié plus largement au personnel médical étranger et moins au personnel autochtone. Cette frustration est, en revanche, très clairement exprimée par les infirmiers et les RECO (relais communautaires) actifs dans les centres de santé.

Il y avait aussi cette guerre-là, froide, disant que comment on peut recruter des gens qui viennent de très loin pour soigner or il y a aussi ici des gens localement ? C'est pour cela aussi qu'il y avait cette résistance-là, à bas bruit. Parce qu'on est personnel quand on est à l'hôpital mais dès qu'on rentre dans la communauté on est aussi privé (rires) (Homme, médecin)

4.5.2. Les infirmiers des CS publics

Autant qu'on puisse en juger, les infirmiers actifs dans les centres de santé et les hôpitaux publics ont majoritairement adhéré au dispositif de lutte contre l'épidémie et travaillé dans les organes de la riposte : équipes de terrain, centres de triage, de transit et de traitement.

Les infirmiers titulaires des centres de santé mettent l'accent sur les difficultés auxquelles ils ont été confrontés au cours de la 10^e épidémie. Ils étaient perçus comme des collaborateurs du dispositif de la riposte rémunérés pour détecter les malades ou les décédés et les dénoncer ensuite afin qu'ils soient transférés dans une CTE où ils seraient mis à mort. Ils étaient aussi chargés de guider les équipes de la riposte dans les quartiers et vers les familles où des cas suspectés de MVE avaient été préalablement repérés. Ils ont été confrontés à l'extrême hostilité de la population. Ils ont subi des menaces verbales et des agressions physiques. Leurs logements ont parfois été incendiés. Dans certains cas extrêmes, ils ont été assassinés.

La compréhension de la maladie, ça n'a pas été pour la communauté. Ils disaient qu'on a inventé la maladie et que la maladie n'existe pas. Ils pouvaient même nous caillasser, nous personnel de la santé. Il y en a qui ont connu des conséquences fâcheuses. (Femme, infirmière)

Les infirmiers ont particulièrement mal vécu l'hostilité de la population à leur égard. Ils insistent sur la souffrance que ce fut de travailler pour la sauvegarde de la population et d'être simultanément accusés par celle-ci d'être des meurtriers guidés par leur profit personnel. Ils signalent aussi qu'ils sont contraints d'éviter certaines rues ou parcelles où des familles particulièrement touchées par la maladie manifestent encore actuellement de l'animosité à leur égard.

Bien que la plupart des infirmiers des centres de santé publics aient collaboré à la riposte, une extrême minorité a cependant considéré que l'épidémie avait été inventée et qu'elle constituait un commerce juteux. Ils ont dès lors accepté d'accueillir et de soigner les malades selon les traitements habituels pour des affections courantes, le paludisme par exemple. Ils ont aussi caché les malades et se sont eux-mêmes infectés. Leur scepticisme a contribué à diffuser le virus.

Certains personnels soignants ont créé la résistance parce qu'eux-mêmes étaient résistants. C'est faux, la maladie n'est pas ! (disait un infirmier) Alors ils ont accueilli tout le monde dans leur centre de santé, justement. Et la maladie a éclaté dans le centre de santé qui a exterminé pas mal de gens et même l'équipe, et même le personnel. C'était aux environs, vers la grand-route, là... Cinq personnes sont mortes dans cette structure. (Femme, infirmière)

Ils ont caché les malades. Parce que la riposte faisait le tour de tous les centres de santé. Alors ces malins-là, ces résistants-là, ils ont dit aux malades vous venez très tôt le matin et je vais vous mettre la perfusion et vous allez retourner à la maison. Quand ils seront déjà passés, vers 12 heures, vous revenez. C'est ce qu'ils ont fait. (Femme, infirmière)

Les infirmiers sont convaincus que les deux années qui ont été nécessaires pour mettre un terme à la 10^e épidémie relèvent de l'implication insuffisante des agents de santé locaux dans la riposte. Selon eux, c'est le remplacement progressif du personnel étranger par du personnel local qui a restauré la confiance de la population et a mis fin à l'épidémie.

Les acteurs du système de la santé régulièrement utilisés ont été écartés tels que les relais communautaires, les membres des comités de santé et les infirmiers des centres de santé...et même dans le circuit de prise en charge. Cette situation a été à la base d'une résistance généralisée et de plusieurs attaques du CTE de l'hôpital de Katwa. Ces attaques par les résistants ont entraîné le déploiement de trois sections des militaires pour sécuriser le CTE. Pour les résistants ; la prise en charge des cas de MVE dans la contrée était basée sur le Business. (Femme, infirmière)

Il est important de pointer ici l'ambivalence du statut des agents de santé au cours de l'épidémie. D'une part, les infirmiers affirment qu'ils étaient considérés comme des collaborateurs vénaux de l'« Ebola business » et, d'autre part, ils affirment aussi que c'est leur proximité avec la population qui a permis de restaurer la confiance dans le système de santé. Le passage d'un statut à un autre suppose un profond renversement de perception : négative au départ, l'image du personnel soignant local serait devenue positive. Le persécuteur se serait transformé en protecteur. Le paradoxe mérite d'être analysé pour identifier les différents facteurs qui ont permis de mettre fin à la 10^e épidémie. La place prépondérante octroyée à l'intervention apaisante du personnel de santé local suffit-elle pour expliquer l'enrayement de l'épidémie ? Probablement pas, d'autres facteurs doivent être pris en compte singulièrement l'expérience traumatisante des effets dévastateurs de la maladie.

Les infirmiers s'estiment, d'un côté, victimes de leur devoir professionnel puisqu'ils ont subi des agressions verbales autant que physiques et considèrent, d'un autre côté, qu'ils ont été les principaux artisans de la victoire sur l'épidémie. Ils sont dès lors frustrés de n'avoir pas bénéficié, autant que les équipes étrangères, des primes versées par la riposte. Ils étaient, affirment-ils, les plus exposés mais malgré cela les moins rémunérés. Cette opinion est largement partagée par les relais communautaires (RECO).

Après les attaques du CTE, certains prestataires ont abandonné le travail par crainte de perdre leur vie. Dans la communauté les rumeurs disaient qu'il y aura l'opération « Toyebi ndako » (nous connaissons la maison) pour nous attaquer individuellement. En fait, la population attendait la fin de l'épidémie pour que l'on soit attaqué un à un. (Homme, infirmier)

L'insuffisance de rémunération du personnel de soins au niveau opérationnel pendant une épidémie d'une gravité avérée comme Ebola. En effet, MSF estimait que sa rémunération n'était qu'un encouragement et que le salaire viendrait de l'Etat Congolais. Pendant la 12^e épidémie, l'État congolais ayant pris la relève des ONG ; la rémunération du personnel n'était pas à la hauteur des attentes et le personnel était contraint de la recevoir au risque d'être chassé du CTE. (Homme, infirmier)

4.5.3. Les structures privées

Les entretiens laissent entendre que des formations sanitaires privées ont développé des formes de déni de la maladie ainsi que de scepticisme et de résistance au dispositif de la riposte. Ils laissent aussi penser que ce type d'attitude a été plus courant dans les structures privées que dans les structures publiques. Cela reste évidemment difficile à démontrer objectivement.

Il n'en reste pas moins que des centres de santé privés ont effectivement pris en charge des malades considérant que ceux-ci étaient porteurs de pathologies courantes plutôt qu'infectés par le virus d'Ebola. La présence de ces malades dans les formations sanitaires a été dissimulée en déplaçant les consultations à des heures inhabituelles, en soirée, par exemple. Ces pratiques dissidentes ont contribué à la contamination de nouveaux malades mais aussi du personnel soignant lui-même.

Les structures privées ont négativement contribué dans la riposte. Elles ont usé de cette stratégie pour convaincre la population qu'en se faisant soigner chez eux ils vont échapper au dispositif d'évacuation des malades suspects par les ambulances. Ce qui a contribué à la propagation de la maladie. Il est arrivé même que ces structures dissimulent ses malades dans les maisons voisines lors du passage des équipes de riposte. (Homme, infirmier)

Les soins dispensés dans les formations sanitaires privées sont payants. En l'absence de tout subside, la survie de ces formations dépend exclusivement du nombre de patients qu'elles prennent en charge. L'épidémie de MVE a

placé les structures privées dans une situation financière délicate puisqu'il fallait refuser les patients à cause des risques majeurs de transmission du virus. Il est possible que des considérations économiques aient poussé des structures à sous-évaluer les risques encourus. Des FOSA (formations sanitaires) privées ont été contraintes de fermer leurs portes pendant la 10^e épidémie. Le dispositif de riposte a intégré les infirmiers privés de ressources par cette mesure. Des primes leur ont, semble-t-il, été octroyées pour leur permettre de survivre, les dissuader de dispenser des soins en secret et éviter ainsi la diffusion du virus.

4.5.4. Agents de santé communautaire (RECO et autres)

Les agents communautaires chargés de l'interface entre la population et les formations sanitaires présentent des situations et des attitudes similaires à celle des infirmiers. Eux aussi sont convaincus que leur ancrage social dans les quartiers a permis de convaincre la population de l'existence de la MVE et de l'efficacité des mesures de protection. Ils mettent aussi en exergue les menaces verbales ou physiques qu'ils ont subies lorsqu'ils accompagnaient les équipes de la riposte pour extraire un malade ou emporter un cadavre.

A la 12^e épidémie, la population avait déjà compris la situation parce que pendant la 10^e épidémie l'équipe de la riposte avait mal procédé. Ils avaient amené les gens qui viennent d'ailleurs. Les gens-là étaient... donc il y avait un financement pour ces gens-là. Alors, lorsqu'on avait amené les étrangers la population ne s'était pas engagée dans cette affaire-là parce que c'est comme s'il y avait de la contrainte. Lorsqu'on vient récupérer un malade à la maison ou un cas suspect, on peut venir directement avec 4 Land-cruisers alors c'était l'alerte. La population n'était pas d'accord avec ça. Alors à la 12^e épidémie on avait été conscient qu'on avait mal procédé à la 10^e. C'est pour cela qu'ils avaient engagé les acteurs communautaires. [...] On ne peut pas s'attaquer à moi parce qu'on me connaît. Je suis leur voisin mais quand c'est un étranger qui arrive là, c'est la pagaille directement. C'est pour ça que pendant la 12^e épidémie la maladie était vite éradiquée. (Homme, agent de santé communautaire)

Au début de la 10^e épidémie, on a fait une riposte qui était verticale, donc on est venu avec des expatriés, avec des autres congolais venus de la partie ouest. [...] Il y avait une personne qui ne connaît pas même le kiswahili ou le kinande qu'on mettait dans le triage. Alors que la population parlait ces deux langues, lui il connaissait seulement le lingala et le français. C'était une riposte qui était verticale. Maintenant avec la verticalité de la riposte, ça n'a pas marché. C'est vers la fin de la 10^e épidémie qu'on a compris qu'on a mal procédé. Il fallait prendre les enfants du terroir pour essayer de briser la résistance. Mais tout au début, c'était vraiment compliqué il y avait une résistance généralisée. (Homme, agent de santé communautaire)

Pendant cette période nous étions dans l'ignorance. En plus de cela, nous avions déjà une mauvaise réputation dans nos quartiers parce que nous étions soupçonnés de collaborer avec l'équipe de la riposte. [...] Nous avons eu des problèmes sérieux dans la communauté parce que nous faisons des alertes. On nous avait haïs. [...] J'avais d'abord apprécié le fait que mes voisins étaient venus me voir pour me demander conseils de comment nous protéger pour le cas qui s'était présenté chez mon voisin. Mais aussi grâce à la sensibilisation que j'avais faite j'avais fait vacciner environ 12 personnes. Mais j'avais aussi souffert d'une part parce qu'on avait jeté des pierres sur ma maison, la nuit, en me disant que je vais aussi mourir. [...] Ils pensaient que je recevais de l'argent de la riposte. (Femme, agent de santé communautaire)

Ils estiment qu'ils ont été écartés de la riposte pendant 10^e épidémie et n'ont donc pas pu bénéficier de primes alors qu'ils accomplissaient un travail de sensibilisation efficace et indispensable. Ce ressentiment est encore perceptible actuellement. Ils ajoutent qu'ils ont été sollicités pendant la 12^e pour informer et sensibiliser les familles mais n'ont pas reçu de motivation pour cela. Ils arrivent donc à la conclusion qu'ils sont sollicités lorsque les moyens manquent (12^e épidémie) mais qu'ils sont écartés lorsque les moyens abondent (10^e épidémie).

Mais on s'était dit quand il y a l'argent, on fait appel à des gens de l'extérieurs mais quand il n'y a pas d'argent on fait appel à nous (les équipes d'engagement communautaire). (Femme, agent de santé communautaire)

Pendant cette période on ne reconnaissait plus les relais communautaires. On devrait plutôt nous sensibiliser et nous informer sur cette épidémie afin que nous puissions sensibiliser la communauté mais cela n'avait pas été fait. C'étaient juste des étrangers qui parlaient des nouvelles langues. [...] On me dit que je dois rester au Centre de santé en train de rédiger le rapport. Un mois plus tard, on amène une nouvelle fille et j'entends dire qu'elle a reçu quatre cents dollars comme salaire alors que moi qui travaillais pendant presque toute la journée je n'avais jamais reçu une telle somme d'argent. Bien que la population disait que c'était « Rungu », nous les relais communautaires, nous avons fait de notre mieux pour accepter que c'était une épidémie même si nous n'étions pas intégrés dans le programme de la riposte. Quand nous avons commencé à sensibiliser la communauté, on nous avait traités de tous les noms et que nous sommes déjà corrompus. (Femme, agent de santé communautaire)

4.5.5. Tradipraticiens

La conviction que la MVE était une invention, un « rungu », une « coop » ou un commerce douteux était assez répandue parmi les tradipraticiens. Ils ont donc tenté de soigner les patients qui leur parvenaient avec leurs propres méthodes : des massages, des frictions et des décoctions d'herbes, d'écorces ou de feuilles. Ils ont aussi dissimulé des malades pensant ainsi les protéger. Ces derniers, effrayés par la crainte d'être emmenés dans un CTE préféraient consulter discrètement un tradipraticien plutôt que de se rendre dans leur centre de santé habituel. L'entente clandestine entre les tradipraticiens et leurs patients s'est soldée par de nouvelles infections et des décès tant chez les thaumaturges que les malades.

4.6. Interventions des autorités locales et des leaders communautaires

4.6.1. Chefs de quartier et chefs de cellule

Hormis quelques rares exceptions, les chefs de quartier, de cellule et de dix maisons ont tous collaboré efficacement avec les équipes de la riposte pour sensibiliser la population, faciliter l'identification et l'extraction des malades ainsi que l'enlèvement des cadavres et la désinfection des logements. Leurs interventions n'étaient pas toujours aisément acceptées par la population. Les familles dont plusieurs membres sont décédés dans les CTE manifestent encore actuellement une rancune tenace. Les chefs sont rendus responsables des décès et doivent éviter de passer à proximité des logements de ces familles pour se protéger d'éventuelles agressions.

C'était ça la grande contribution partout où nous passions, moi c'était former le gens, leur donner cet enseignement que je reçois dans la Cellule d'Animation Communautaire. (Homme, chef de cellule)

A la suite de cette sensibilisation, nous avons eu de sérieux problèmes, nous les chefs (de cellule). Chaque fois que nous avons tenté de sensibiliser, les gens ont commencé à nous accuser d'avoir accepté le pot de vin en utilisant le terme « Erimera » (prendre une gorgée c'est-à-dire se laisser corrompre) de la même manière que les médecins ont été corrompus. De notre côté, nous avons résolu de poursuivre la sensibilisation et de braver le danger de mort pourvu que nous disions la vérité au lieu de suivre ceux qui sont dans l'ignorance. (Homme, chef de cellule)

4.6.2. Leaders religieux

Les leaders religieux catholiques et protestants sont intervenus au cours des offices pour confirmer l'existence de la maladie, contredire les rumeurs alarmistes et conseiller à leurs fidèles d'adopter les mesures de protection. Certains ont été vilipendés pour cela. Quelques leaders religieux atypiques appartenant à la mouvance évangélique (Eglises du Réveil) auraient toutefois convaincu leurs fidèles de ne pas adopter les mesures de protection contre la MVE car Dieu seul possède le pouvoir de guérir et de protéger contre la maladie.

Dans l'église ici, à la cathédrale de Butembo, l'Archevêque a parlé là-bas à l'église. Il a conscientisé à respecter les gestes barrière, à laver les mains, à aller à l'hôpital pour le vaccin, donc il a bien parlé à l'église. Même les Protestants aussi... (Femme, agent de santé communautaire)

De manière générale, les églises autour du CT où j'ai presté se sont impliquées dans la sensibilisation pour que la population consulte les établissements de soins en cas des signes de la maladie. Néanmoins, certains leaders religieux impliqués dans la sensibilisation ont été traités de complices pour avoir osé le dire dans leurs homélies. C'est le cas d'un prêtre qui a été abandonné dans son église par ses fidèles. Les fidèles l'ont traité de complice sous prétexte d'avoir reçu l'argent de la part de l'équipe de riposte. Ce n'était pas facile... Certains religieux ont accepté de placer les dispositifs de lavage des mains devant les églises afin de répandre dans la communauté les gestes barrières édictés par le personnel de santé. Ce dispositif peut être présenté comme un acquis de la riposte pratiqué jusqu'aujourd'hui. En effet, actuellement avant de participer à la sainte messe, tous les croyants doivent se laver les mains au savon et l'on ne donne plus la main pour se souhaiter la paix. (Homme, médecin)

Il y avait un groupe de jeunes résistants. Le président paroissial de la jeunesse est intervenu pour que tous les membres du groupe-là puisse se faire vacciner. (Homme, agents de santé communautaire)

Mais alors aussi, plus tard, on avait fait une discussion avec eux (les responsables de la communication). C'est alors qu'ils avaient eu un réflexe que dans la communication, nous devons changer un peu de méthodologie. Utiliser les locaux. [...] C'étaient seulement les représentants de grands secteurs, de grands piliers de la société qui pourraient apparaître maintenant devant la communauté et commencer à communiquer. Et avec ça, la tension avait commencé à baisser. On a vu qui peut représenter les mamans, qui peut représenter les jeunes, qui peut représenter l'église catholique, l'islam, le protestant, les commerçants. Ce sont les grands piliers de la société à Butembo. Quand cette équipe est apparue et qu'on pouvait communiquer en langue vernaculaire, les gens ont commencé à comprendre. (Homme, leader religieux)

Le président des églises de réveil de la ville de Butembo a été menacé au moins à trois reprises. Il y a eu trois cas qu'il est allé signaler et ces gens-là sont décédés. Imaginez ! [...] Il a été menacé par ces familles, par ces églises membres de l'ERC¹⁵, voilà. Parce qu'il y avait des églises qui ont des doctrines telles qu'il ne faut pas croire à l'Ebola. Vous qui dites l'Ebola existe, directement vous êtes en conflit. Vous n'avez pas la même conception, vous n'avez pas la même croyance. [...] Ils utilisaient la foi. C'est comme il est écrit dans le psaume 91, que même si la peste ravageait, nous serons protégés. C'est ça. (Homme, leader religieux)

4.7. Modifications des comportements sociaux induites par l'épidémie

L'épidémie a induit des modifications des comportements sociaux. Les témoins interrogés mentionnent une « rupture » sociale qui se manifestait par la crainte des contacts physiques, la diminution des visites et des relations entre voisins, une méfiance généralisée et une atténuation de l'intensité des relations sociales inédite dans le contexte congolais.

Aussi, dans la mentalité locale, on savait qu'un malade s'amène lui-même à l'hôpital. Mais quand ils ont commencé à venir avec brutalité surtout en mobilisant une cohorte de véhicules et accompagnée de la police, et quand ils vous emportent, ils parlent de vous mettre en isolement ; cela a créé la peur. Ces méthodes ont terrorisé les gens et ont brusquement brisé la proximité que nous avons toujours témoignée à l'égard des malades. Si dans d'autres pays les gens ne se soucient pas des malades (les gens peuvent ne pas aller rendre visite au malade), ici chez nous le voisin n'est pas stable s'il n'a pas encore rendu visite au malade. On est socialement gêné de ne pas rendre visite au malade de son entourage. C'est comme ça que quand on a vu les gens être isolés, on s'est posé mille et une questions que « c'est quoi cette histoire ? » (Homme, leader communautaire)

¹⁵ Eglises de Réveil au Congo

La MVE a causé des conflits au sein des familles. Les personnes qui conseillaient d’emmener les malades à l’hôpital ou pire dans les CTE étaient accusées d’intentions malveillantes en cas de décès du malade. Des accusations de sorcellerie étaient lancées envers les personnes rendues responsables de l’apparition de la MVE dans une famille.

Et cette histoire a fait à ce que dans beaucoup de nos familles, même dans nos relations, il y a eu coupure, réticence, on ne se parle plus. Il y a eu fracture. Telle personne, c’est elle qui avait occasionné la mort, la disparition de mon ami, de mon frère, de ma sœur. Jusqu’aujourd’hui, ce sont des conflits qui sont restés dans la société, dans la communauté : Ebola business. (Homme, leader religieux)

L’épidémie a provoqué des changements dans la gestion des deuils, funérailles et inhumations. Les visiteurs restent désormais à distance des décédés. Les cadavres ne sont plus exposés pendant plusieurs jours au domicile du défunt. Ils sont directement transférés à la morgue. L’utilisation du sac mortuaire s’est répandue et des substituts locaux sont utilisés au cas où les sacs adéquats viennent à manquer.

Les gens ne s’empressent plus vers les cadavres. C’est déjà un acquis. [...] Actuellement, les gens se réservent d’approcher les cadavres [...] Les gens ont acquis la culture de la morgue car dès que la personne meurt, on ne l’amène plus chez lui. Par exemple, si quelqu’un meurt ici à Muchanga, vous n’allez plus piétiner dans la chambre. On l’amène directement dans la morgue. (Homme, agent de santé communautaire)

De nombreux témoignages mentionnent une recrudescence de l’hygiène domestique. Le lavage des mains serait, par exemple, devenu une habitude très répandue alors que ce n’était pas le cas auparavant. La présence de bassines d’eau et de savon à l’entrée des logements serait le signe de cette attention portée à l’hygiène.

Les gens s’étaient vraiment efforcés d’acheter les lavabos. Et même ceux qui n’avaient pas de lavabos dans leurs parcelles cherchaient comment se laver les mains à partir de lavabos installés dans les endroits publics. [...] Certains disaient que cette maladie était pour les pauvres et pour des personnes moins hygiéniques. Certains disaient que nous connaissons les mesures d’hygiène et que donc nous allons nous forcer de les mettre en pratique pour ne pas être contaminés. On voyait chez certains cette insalubrité quand les équipes de la riposte brûlaient les biens dans les parcelles où on identifiait les cas d’Ebola, les biens qui sortaient de la maison faisaient preuve d’une insalubrité. (Femme, agent de santé communautaire)

4.8. Les vainqueurs

A Butembo, les personnes qui ont survécu à la MVE sont appelées « les vainqueurs ». Les avis de ces vainqueurs à propos des CTE et des soins qu’ils y ont reçus sont radicalement différents des rumeurs rebutantes qui avaient cours pendant la 10^e épidémie. Ils mentionnent la sollicitude du personnel soignant, la qualité des soins ainsi que l’efficacité des médicaments et de la vaccination. Ils signalent aussi quelques désagréments : le manque d’intimité dans les chambres communes, l’isolement des malades dans les chambres individuelles et les repas transmis sans contact via un plan incliné.

Les gens étaient bons. Et même si on les accusait de faire mourir les patients. J’ai dit non ce n’est pas vrai. Moi j’ai constaté que c’est du pur mensonge. [...] Moi je dis les médicaments qu’on utilisait là au CTE, si on les amenait dans nos hôpitaux d’ici, sinon les patients vont chaque fois guérir tôt. Parce qu’on nous donnait des paracétamols. Un paracétamol, mais qui était vraiment efficace, Papa. Donc, on vous donne ça, vous constatez directement qu’il y a un changement. [...] Il y avait des Blancs, des Kinois et maintenant les locaux d’ici. Et surtout les Blancs regrettaient quand quelqu’un mourait. Non, ils nous soignaient très bien. Ils arrivaient même à faire notre bain. Quand tu es au lit, tu n’as pas de force, on vient te laver. On nous soignait bien, très bien d’ailleurs. Moi je regrette quand les gens disent non, là vraiment c’est le mourir. Non, ce n’est pas ça. (Homme, survivant de la MVE)

Alors ces menuisiers nous fabriquaient des sortes d’étagères d’une bonne hauteur, fait des planches et couverts des bâches de telle façon que si l’on veut nous servir les fruits, on pouvait les placer sur

ces dispositifs et ça glisse vers nous. Et lorsque ça arrive dans notre zone considérée comme zone rouge, nous prenons pour manger. Ce n'était pas vraiment facile. En tout cas cette histoire, je n'ai pas même le goût de la raconter. Mais Dieu est bon. (Femme, survivante de la MVE)

L'accueil n'était pas bon en soi parce que vous constatez que vous êtes isolé, on était isolé. [...] Chacun dans sa chambre. On vous amène la nourriture à distance. [...] Vous avez votre lit mais vous ne pouvez pas voir celui qui est à côté. Tu ne peux pas le voir. On divise ça avec des bâches. (Femme, survivante de la MVE)

Les vainqueurs approuvent aussi les modalités de suivi établies à la sortie des CTE : un soutien psychologique à domicile, des médicaments, de la nourriture et des vêtements neufs en remplacement de ceux qui ont été brûlés. Certains vainqueurs critiquent cependant le caractère parfois erratique du suivi et pointent certaines carences comme l'absence de remplacement des matelas détruits par les équipes de désinfection.

L'équipe nous avait accompagnées. Il y avait des psychologues, on nous avait fait l'éducation. Ils nous disaient que bien que nous soyons guéries ce n'est pas tout, même si nous ne pouvons plus contaminer. Mais que nous puissions continuer à respecter les mesures de prévention. De la sorte que pour les mariés, il faut des préservatifs. Nous étions sorties du CTE avec des préservatifs. Et on continuait à faire le suivi, les contrôles et les examens de labo. [...] Mais au fur et à mesure que les psychologues nous visitaient, en nous posant de questions sur comment nous sommes en train de vivre, concernant les injures qu'on nous lance au quartier. Ils nous disaient de ne pas nous inquiéter au sujet de ces injures. A l'époque, tu pouvais voir quelqu'un passer chez-toi et dire facilement : c'est ici chez la maman d'Ebola. Les enfants étaient aussi appelés fils et filles de la maman d'Ebola. Quand ils pouvaient aller puiser à la fontaine, les autres disaient de faire priorité d'abord aux enfants de la maman d'Ebola. Ou bien alors : « que ces enfants de la maman d'Ebola ne puissent pas avant moi. » (Femme, survivante de la MVE)

L'attitude des voisins et des familles vis-à-vis des personnes infectées mais guéries fut parfois compatissante mais aussi stigmatisante et excluante. Les familles et personnes éprouvées par la MVE ont parfois subi l'ostracisme des voisins mais ont aussi reçu du soutien dans d'autres cas.

En tout cas juste après notre sortie du CTE, c'était la saison de sauterelles au mois de novembre. Parce que, nous étions délivrées vers septembre. Alors quand les gens arrivaient à proximité de ma parcelle, ils lançaient des paroles : « Vous qui aviez amené l'Ebola. Nous ne savons pas si l'on va encore nous autoriser la consommation des sauterelles. Franchement vous nous avez déjà rendu mauvais service, je vous dis ». Et puis ils passent. Soit quelqu'un va te dire : « Fais-moi une part de ton argent. Nous avons appris que vous sortez du CTE avec de grands sacs pleins d'argent. » Moi je disais : comme bon vous semble. J'ajoutais en disant : « les gens sont soignés gratuitement, on prend soins d'eux, on les nourrit, et puis peut-on encore les laisser sortir avec l'argent ! Où est-ce cela peut se faire ? » (Femme, survivante de la MVE)

D'abord les membres de la famille, et les voisins, quelques-uns. Nombreux venaient ici, car lorsque j'étais libérée, les mamans arrivaient ici. Basi. Ils arrivaient pour me saluer et retourner chez eux. « Inaviri sosa muhanda isiwasya nilevya kaviri, inaviri sosa muhanda »¹⁶ (Femme, survivante de MVE)

Les vainqueurs ont été enrôlés dans la riposte. Etant immunisés contre la MVE, ils ont été sollicités pour garder les malades dans les CTE, pour transporter des malades et des cadavres, pour manipuler et traiter les cadavres avant leur inhumation, pour témoigner des soins dont ils ont bénéficié dans les CTE et sensibiliser leurs concitoyens.

¹⁶ Ça veut dire que la maladie l'avait sensiblement affecté jusqu'à modifier sa physiologie, son corps. Cette maladie lui a donné un autre aspect physique pitoyable. Donc, selon elle, on ne pouvait pas la regarder deux fois sans prendre de distance, ou alors pleurer. C'est une maladie qui dénature quelqu'un à plusieurs niveaux.

5. Douzième épidémie

5.1. Contexte d'apparition

La 12^e épidémie a démarré à une cinquantaine de kilomètres de Butembo dans la localité de Masoya, 6 mois seulement après le terme de la 10^e épidémie. Malgré la persistance des massacres et de l'insécurité, le contexte d'apparition de la 12^e épidémie de MVE à Butembo fut fondamentalement différent de celui de la 10^e épidémie.

La population avait douloureusement fait l'expérience de la MVE. Elle était désormais informée de ses conséquences dramatiques et restait effrayée par le taux de mortalité extrêmement élevé. Elle était en outre sensibilisée sur les mesures de protection notamment l'hygiène des mains, l'isolement indispensable des malades et l'utilisation de sacs mortuaires pour les inhumations. De plus, le personnel de santé local – médecins, infirmiers et agents communautaires – était maintenant expérimenté et savait comment intervenir efficacement.

Nous étions tellement contents à la 12^e épidémie, d'autant plus que la population était déjà informée de la maladie et les gens commençaient à se surveiller eux-mêmes dans la communauté. [...] Il y avait une sorte de veille communautaire. [...] Parfois c'était la population elle-même qui appelait les structures sans même appeler les relais communautaires. « Non, non vous pouvez passer dans le quartier X, nous avons suspecté qu'il y a une personne qui est malade. ». (Homme, médecin)

5.2. Organisation de la réponse

5.2.1. Changement sémantique

Tenant compte des enseignements de la 10^e épidémie, la riposte changeait de dénomination et de stratégie. La « riposte » devenait la « réponse » adoptant ainsi une terminologie moins militaire, moins conflictuelle.

5.2.2. Accentuation du rôle et du statut des acteurs de proximité

Les acteurs locaux furent stratégiquement mis au premier plan alors que les acteurs internationaux, présents en nombre réduit, passaient discrètement au second plan et se limitaient à un rôle de conseil et de coordination. Ils n'intervenaient plus ni dans les quartiers, ni dans les CTE en tant que cliniciens. Ils n'étaient plus visibles et ne pouvaient donc plus générer ni suspicions, ni appréhensions. La présence des acteurs de proximité habituels aurait eu des vertus apaisantes tant pour les malades que pour leurs familles. C'est la conviction profonde systématiquement exprimée par le personnel de santé et les agents communautaires.

Au début de la 10^e épidémie, on a fait une riposte qui était verticale, donc on est venu avec des expatriés, avec des autres congolais venus de la partie ouest, l'autre (l'intervenant précédent) a donné aussi l'exemple qu'il y avait une personne qui ne connaît pas même le kiswahili ou le kinande qu'on mettait dans le triage. Alors que la population parlait ces deux langues, lui il connaissait seulement le lingala et le français. C'était une riposte qui était verticale. Maintenant avec la verticalité de la riposte, ça n'a pas marché. C'est vers la fin de la 10^e épidémie qu'on a compris qu'on a mal procédé. Il fallait prendre les enfants du terroir pour essayer de briser la résistance mais tout au début, c'était vraiment compliqué il y avait une résistance généralisée. (Homme, agent de santé communautaire)

5.2.3. Démilitarisation de la réponse

Suite aux effets désastreux de la militarisation de la riposte au cours de la 10^e épidémie, les forces armées n'ont plus été sollicitées pendant la 12^e épidémie.

Tout était simplifié pendant la seconde épidémie. Je me rappelle qu'il y avait un cas à Kiyimbi seulement un véhicule était venu prendre le malade et même les cas contacts se dénonçaient. Alors que pendant la première épidémie c'est tout un cortège escorté des militaires qui venait prendre le malade ; pire encore ces militaires étaient en position d'attaque comme s'ils viennent capturer un

rebelle. La seconde était vraiment simple et la population avait déjà compris à partir des sensibilisations de relais communautaires. (Extrait d'un focus groupe avec des agents de santé communautaire)

5.2.4. Incorporation des CTE dans les structures sanitaires habituelles

La singularité des matériaux (tentes, bâches, sheeting) utilisés pour construire les CTE et leur isolement dans les lieux inhabituels avait généré de la méfiance et des résistances particulièrement rudes. C'est pourquoi, à Butembo, le CTE de la 12^e épidémie fut installé dans l'HGR de Katwa et construit en dur, avec des matériaux ordinaires. Les soins dispensés aux malades pouvaient ainsi avoir lieu dans des structures locales, connues de tous, habituelles et donc rassurantes. Les zones d'isolement étaient situées dans l'enceinte même de l'hôpital ce qui diminuait l'impression de relégation des patients.

Dans la 12^e on soigne les malades dans les hôpitaux, dans les structures qui existent. [...] On ne crée pas d'autres structures parallèles parce qu'on pense qu'Ebola est extraordinaire. Non, on pense qu'on peut soigner Ebola même dans nos structures de santé. C'est comme ça que pendant la 12^e on a construit des isolements dans les hôpitaux, en dur. [...] Alors que pendant la 10^e c'étaient des bâches, des tentes, c'est passager et quand l'épidémie est partie, ça part avec. [...] Déjà dans le milieu quand on a les moyens on ne construit pas en semi durable, non c'est vraiment en durable ça c'est déjà la mentalité locale et comment vous, vous venez avec vos moyens et vous nous mettez des bâches. (Homme, médecin)

5.2.5. Réduction et banalisation de la logistique

La logistique utilisée pendant la 12^e épidémie fut banalisée, réduite et mutualisée. Les équipes de la réponse – psychologues, médecins, infirmiers, communicateurs, hygiénistes – arrivaient en nombre restreint dans un unique véhicule plutôt que d'envahir les quartiers avec une armada d'automobiles. Les équipes pouvaient aussi arriver à pied ou à moto. Les ambulances habituelles des hôpitaux et des zones de santé étaient utilisées pour déplacer les équipes ainsi que pour transporter les malades et les décédés. L'intervention des équipes dans les familles s'organisait de manière moins intrusive, en petit nombre et en compagnie des agents communautaires. L'approche était dorénavant centrée sur la qualité de l'interaction et de la communication plutôt que sur l'autorité et la coercition.

La logistique aussi a été réduite pour la 12^e parce qu'avant c'était chacun qui avait son véhicule. Nous sommes 5, donc 5 véhicules pour un malade. Les gens on dit : « mais vous, comment pour un malade vous venez 5 ? » Evidemment, celui de la surveillance, celui de la PCI donc la Prévention Contre les Infections, celui de ceci. « Vous ne pouvez pas mutualiser toute cette logistique-là pour que vous preniez un seul véhicule plutôt que d'impressionner ? ». Parce que pendant la 10^e vraiment, parfois c'était impressionnant, cinq véhicules pour un cas. Ils ont dit : « non, il y a quelque chose derrière, ici ». La population est pauvre aussi alors quand ils voient ça, ils trouvent que vous gâchez, que vous gaspillez de l'argent. Pendant la 12^e parfois on peut marcher à pied, ou utiliser des motos, ou un seul véhicule. (Homme, médecin)

5.2.6. Humanisation des modalités d'inhumation

Les modalités d'inhumation quelques fois brutales pratiquées pendant la 10^e épidémie ont été abandonnées ou aménagées pour mieux correspondre aux normes locales. Les corps des décédés ont été préparés et placés dans les sacs mortuaires par des agents communautaires connus des familles, formés à cet effet et revêtus des équipements de protection individuels. L'opération s'effectuait en présence de quelques témoins familiaux pour éviter les soupçons de prélèvement d'organes ou de remplacement subreptice d'un corps par un autre. En outre, on laissait aux familles la possibilité de choisir le lieu d'inhumation même si l'endroit désigné se trouvait dans le terroir d'origine de la famille, loin de la ville. Dans ce cas, une équipe chargée de manipuler le sac mortuaire et de l'enterrer accompagnait le cortège familial.

Il y avait des sacs mortuaires. Dès que la personne décède, il y avait une équipe d'hygiénistes, formés, qu'on appelait EDS (Enterrement digne et sécurisé), ils venaient, ils préparent maintenant le corps à l'intérieur, comme on fait toujours à la morgue et puis il y avait des sacs mortuaires et là on demandait maintenant une participation de la famille. « On peut l'enterrer où ? » Tout ça, c'était pour montrer à la communauté que c'est en collaboration. Pour que ça marche bien, il faut collaborer avec les membres de la famille qui sont dans la communauté. Alors l'équipe d'EDS vient, elle prépare tout, elle met le corps dans un sac mortuaire, on demande maintenant à la famille, vous savez que nous sommes en Afrique, les gens disent que non, dans notre famille les gens seront enterrés dans notre colline. Dès que le véhicule est prêt, le membres de la famille, allez on part ensemble. Puis les membres de la famille montrent que c'est ça notre colline et c'est là que vous allez enterrer notre frère, notre sœur et l'équipe EDS faisait ce qu'il fallait pour enterrer la personne en toute sécurité. (Homme, médecin)

5.2.7. Réduction des finances disponibles

Contrairement à la 10^e épidémie, les moyens disponibles lors de la 12^e épidémie furent modestes. Cela semble avoir eu des effets négatifs sur l'approvisionnement des médicaments, des vaccins et des intrants médicaux tout comme sur l'octroi de primes aux agents de santé. Il y eut aussi une conséquence positive. L'aisance matérielle de la 10^e épidémie, rendue manifeste par la présence de nombreux véhicules, la location de maisons ou de chambres d'hôtel et la fréquentation accrue des bars ou restaurants, disparut avec la réduction des moyens. Cela rendit inopérantes les accusations concernant l'existence d'un commerce sous-jacent à l'épidémie, l'« Ebola business ».

La première épidémie était très financée contrairement à la seconde. Quand la seconde épidémie avait commencé les gens s'étaient réjoui pensant qu'ils vont encore gagner de l'argent et ils étaient surpris que ce n'était pas été pareil. C'est comme ça que la seconde épidémie n'avait pas duré. [...] L'approche avait changé et les gens avaient déjà accepté que la maladie existe. Les gens savaient déjà comment se comporter face une épidémie. Mais pendant la première, l'approche était mauvaise. (Extraits d'un focus groupe avec des agents de santé communautaire)

5.2.8. Accréditation des organisations internationales

Selon les témoignages recueillis auprès des médecins, les autorités sanitaires congolaises ont également adapté leurs stratégies pour éviter les maladroites commises dans la gestion de la 10^e épidémie. Pendant celle-ci, toutes les organisations avaient indistinctement été invitées à apporter leur aide. En outre, l'encadrement de ces organisations n'avait pas été suffisamment robuste pour interdire les initiatives discordantes en matière de vaccination et de médications administrées aux malades. Afin d'éviter ces désagréments et de coordonner correctement les interventions, les autorités sanitaires ont mis en place un système d'accréditation des organisations autorisées à intervenir au Nord-Kivu dans la 12^e épidémie.

Dans la 10^e on a ouvert le champ à tout le monde. Venez nous aider. Sans beaucoup de restrictions. Mais pendant la 12^e déjà à partir du niveau national on a mis des restrictions, on a fait des accréditations. N'importe qui ne venait pas pour faire n'importe quoi. En tout cas, on a mis ce filtre-là pour que tout le monde ne vienne pas dans la danse et faire ce qu'il pense faire. (Homme, médecin)

5.2.9. Prise en compte des besoins globaux de la population

Le dispositif de réponse de la 12^e épidémie n'a pas focalisé ses interventions uniquement sur la MVE. Des initiatives ont aussi été prises pour apporter des réponses aux autres besoins des populations pour qui la MVE était une difficulté supplémentaire venue se superposer aux multiples défis de la survie quotidienne.

Mais aussi dans la 12^e on est intervenu, même dans la 10^e c'était sur la fin, pour commencer à résoudre les autres problèmes de la population. Par exemple, à Masoya, on a mis une adduction d'eau qui n'a jamais existé. C'est vrai que pour cette population Ebola a été une opportunité pour une accès facile à l'eau. A ce moment-là on s'est dit : « c'est quand même bien qu'on ait pensé à

nous, on a de l'eau, on va dire grâce à Ebola, on a eu quand même de l'eau ». [...] On a jeté un pont par ci, on a fait des forages. Et ça a réduit un peu la tension pour dire on ne se focalise pas seulement sur Ebola mais on voit aussi les autres aspects humains et ça favorise la collaboration de la population ou la compréhension de la population envers la maladie. (Homme, médecin)

5.3. Réaction de la population

Le dispositif de réponse à la 12^e épidémie n'a plus soulevé de contestation voire de rébellion comme ce fut le cas au début de la 10^e épidémie. Les habitants de Butembo semblent avoir acquis la conviction que la maladie est une réalité et non pas une invention destinée à les tromper, leur nuire ou les exterminer. Le personnel médical et les agents communautaires signalent de multiples transformations des comportements. Lorsqu'une personne présente les symptômes de la MVE (fièvre, faiblesse, hémorragie...), les membres de la famille et les voisins ont tendance à s'écartier d'elle pour éviter la contagion et font appel aux équipes de la riposte. De même, en cas de décès, les parents se tiennent à distance respectable du cadavre, parfois même en dehors de l'habitation, en attendant l'intervention des équipes spécialisées dans la gestion du processus d'inhumation. Les équipements de protection individuels (EPI) et les sacs mortuaires sont acceptés et ne génèrent plus d'agressivité.

Il y avait un changement parce que le sac mortuaire était accepté dans la communauté. En cas de décès communautaire, on amenait le sac mortuaire et on y mettait le corps sans problème. Les gens avaient déjà compris son rôle. Nous leur disions qu'il ne faut pas s'approcher du malade et des cadavres. Ceux qui s'approchent des cadavres peuvent être contaminés. La famille s'écarte, les gens assistent de loin. On laisse de l'espace à la parcelle où se trouve le cadavre. [...] Jusqu'aujourd'hui les gens n'arrivent plus là où il y a le cadavre [...] Actuellement on a peur du cadavre. Je dis qu'actuellement, si une personne meurt à l'hôpital, on ne l'amène plus chez lui, on l'achemine directement à la morgue. On ne garde plus le cadavre dans la maison. S'il meurt à domicile, on fait tout pour chercher un véhicule qui l'amène à la morgue. (Extraits d'un focus groupe avec des agents de santé communautaire)

On assiste même à l'émergence d'un contrôle social de l'épidémie. Les habitants ont en effet tendance à prévenir discrètement l'infirmier du quartier lorsqu'ils détectent la présence d'un visiteur ou d'un malade dans leur voisinage. Cette veille communautaire montre que la population est désormais consciente du danger et souhaite se prémunir contre l'infection. Il arrive aussi que des personnes qui craignent d'être infectées par le virus Ebola prennent délibérément l'initiative de se faire dépister afin d'être soignées s'il s'avère que le résultat est positif. De tels comportements sont le signe de la confiance accordée aux CTE et aux soins qui y sont dispensés.

C'était aussi stratégique parce que les gens venaient d'eux-mêmes à la sortie du CTE, que cela soit positif ou négatif, on recevait quand même quelque chose en matière de vivres. [...] Et les personnes elles-mêmes se disaient au quartier que non, bon, je sais que probablement, ça peut être négatif mais quand même j'ai des signes, je vais voir si c'est comment, [...] mais au finish on va quand même me donner quatre kilos de haricots, quatre ou cinq kilos de riz et vous savez aussi la vie est difficile... (Homme, médecin)

Il faut toutefois se méfier d'une analyse trop simpliste et trop idyllique de la situation. Les résistances et les perceptions négatives du dispositif de réponse à la MVE persistent dans de nombreuses familles, particulièrement celles qui ont connu de nombreux décès. Ces familles très éprouvées conservent une rancune tenace à l'encontre de ceux qui ont signalé la présence des malades et contribué ainsi à les isoler dans les CTE où ils sont décédés. Elles considèrent que ce sont des délateurs dont l'intention malveillante était en réalité de tuer les malades dont ils signalaient la présence. C'est ainsi que les chefs de cellule, les infirmiers titulaires et les relais communautaire sont contraints d'éviter certains secteurs de leurs quartiers afin de ne pas être agressés verbalement ou physiquement par les familles rancunières.

Ha ! Ceux qui avaient gardé des rancunes en parlent toujours. Puisque vous entendez toujours les gens dire : C'est tel infirmier qui avait tué mon ami. Dans nos quartiers, certains gardent encore la colère contre nous. Pendant l'épidémie ils nous disaient que si quelqu'un a un patient dans sa famille, nous étions les premiers à alerter. Alors ces rancunes sont encore gardées dans les cœurs

de certains. Comme moi par exemple, il y a quelqu'un qui est en colère contre moi disant que j'étais au point de vendre son fils. [...] Il m'accuse d'avoir voulu vendre son enfant. Simplement parce que j'avais dit qu'il mérite être consulté par les médecins vu qu'il présentait les symptômes de la MVE. Je voulais remonter l'alerte pour que l'enfant bénéficie des soins adéquats au CTE. Mais jusqu'aujourd'hui le papa ne cesse de répéter que je voulais vendre son fils. Selon lui, s'il ne l'avait pas caché, je pouvais déjà le vendre. En tout cas des gens gardent des rancunes mais aussi d'autres ont déjà oublié. (Homme, chef de cellule)

5.4. Réaction et actions du personnel soignant et agents communautaires

Les médecins, infirmiers et agents communautaires affirment unanimement que la 12^e épidémie a été rapidement circonscrite parce que le personnel sanitaire local a géré seul les contacts avec les populations et les malades tant dans les quartiers que dans les formations sanitaires, contrairement à la 10^e épidémie pendant laquelle les intervenants étrangers ont été mis à l'avant-plan. Ils expliquent que la présence de personnes connues, issues du milieu, a rassuré la population. Ils disent aussi que la docilité de la population lors de la 12^e épidémie provient des épreuves dramatiques subies pendant la 10^e épidémie.

Les opinions du personnel médical et des agents communautaires contiennent toutefois une contradiction, un paradoxe : les agents communautaires sont parfois perçus comme des ennemis, des collaborateurs d'« Ebola business » et d'autres fois comme des gens de confiance auquel la population se réfère. Comment expliquer ce renversement radical de perception en passant de la 10^e à la 12^e épidémie ?

Enfin, les agents de santé posent la question de savoir pourquoi on s'adresse au personnel local lorsque les moyens sont limités voire inexistantes et qu'aucune prime n'est versée pour compenser les risques ? Quelles sont les raisons qui justifient ce traitement inégalitaire et dévalorisant ?

6. Conclusions

6.1. Dixième épidémie

La 10^e épidémie de MVE a duré deux années au cours desquelles plusieurs milliers de décès ont été enregistrés. La population, du moins dans un premier temps, a massivement rejeté le dispositif mis en place pour enrayer l'épidémie. Des flambées de violence sporadiques ont occasionné des blessures et des décès. Ce triste bilan s'explique par la combinaison de multiples facteurs.

6.1.1. Un contexte politique défavorable

L'épidémie est arrivée dans un contexte sociopolitique défavorable. Des massacres imputés à des groupes rebelles avaient lieu depuis plusieurs années. Les « Allied Democratic Forces » (ADF) venues d'Ouganda étaient désignées comme les principales responsables de ces exactions. La population avait développé un sentiment d'abandon, une profonde rancune et une sourde opposition envers le gouvernement central qui n'avait pas pris les mesures nécessaires pour pacifier la région. L'arrivée de l'épidémie fut donc perçue comme le moyen utilisé par le gouvernement et/ou par les rebelles pour terminer le travail déjà entamé, autrement dit pour exterminer définitivement l'ethnie Nande.

6.1.2. Une maladie méconnue

Lors de l'annonce des premiers cas de MVE, la connaissance de la maladie était lacunaire ou inexistante au sein de la population. Malgré la présence de communicateurs au sein de la riposte, les efforts de sensibilisation semblent avoir été insuffisants pour guider et rassurer les habitants de Butembo. Les canaux de communication communautaire, singulièrement les responsables associatifs et religieux, ont été peu sollicités. De même, les interfaces habituelles entre le système de santé et la population, c'est-à-dire les agents de santé communautaire, ont été trop peu mobilisés, du moins dans les premiers temps.

6.1.3. Une indifférence aux dimensions sociales et culturelles de l'épidémie

Les interventions bien intentionnées et utiles mais aussi maladroites et autoritaires de la riposte sont venues se surajouter à ces éléments perturbateurs. L'intérêt de la riposte est incontestable à double titre. D'une part, l'apport de personnel étranger expérimenté dans la gestion des épidémies de MVE fut essentiel pour former les infirmiers et les médecins locaux, ces derniers le reconnaissent bien volontiers. D'autre part, même si l'ampleur des moyens mis œuvre a pu paraître excessive et contestable, les organisations internationales ont fourni les financements nécessaires pour que le dispositif de la riposte puisse fonctionner.

Malgré la présence de psychologues, sociologues et anthropologues dans les équipes, les stratégies et approches de la riposte se sont avérées trop strictement rationnelles, médicales et épidémiologiques. Elles n'ont pas suffisamment pris en compte la dimension psychologique, sociale et culturelle des phénomènes épidémiologiques. La stricte rationalité médicale a abouti à prendre des mesures pertinentes sur le plan épidémiologique mais incompréhensibles ou inacceptables pour la population, ce qui a généré des résistances et des réactions parfois violentes.

6.1.4. Un dispositif inhabituel et menaçant

En outre, le dispositif de la riposte paraissait inhabituel et bizarre pour la population de Butembo. Il semblait menaçant. Des étrangers, parmi lesquels des Blancs, qui ne connaissaient ni les langues ni les usages locaux intervenaient dans les quartiers et dispensaient des soins dans les CTE. En revanche, bien que présent, le personnel local et familial était moins prépondérant. Le déploiement de moyens inhabituellement importants et particulièrement visibles soulevait l'étonnement et la suspicion. Comment comprendre, en effet, qu'une épidémie dévastatrice puisse paradoxalement s'accompagner d'une dynamique économique prospère ? Certains ne profitaient-ils pas de l'épidémie pour s'enrichir ? Le personnel de santé ne participait-il pas à un commerce coupable ?

Les comportements des étrangers actifs dans la riposte suscitaient de la réprobation. Les femmes étaient critiquées parce qu'elles portaient des pantalons et surtout parce qu'elles participaient aux inhumations, ce qui est prohibé dans la culture des Nande. Les hommes, quant à eux, avaient la réputation de fréquenter assidument les bars et de se livrer à la débauche. Enfin, la riposte inversait le processus ordinaire des soins de santé. Alors que normalement le malade se déplace vers la formation sanitaire pour recevoir des soins, la riposte se rendait auprès des malades et les traquait jusque dans leurs habitations.

Les incompréhensions, suspicions et résistances de la population se sont focalisées sur certaines particularités de la riposte.

Les infirmiers et les médecins chargés de l'accueil et du traitement des malades, les hygiénistes responsables de la désinfection des habitations, les personnes qui emportaient les cadavres contaminés et les responsables des inhumations portaient des équipements de protection individuelle (EPI). Ces tenues soulevaient beaucoup de méfiance et de peur car elles dissimulaient les visages des intervenants. Il était impossible de savoir qui se trouvait sous cette carapace protectrice ni de connaître leurs intentions véritables.

Les sacs mortuaires paraissaient tout aussi étranges que les EPI et soulevaient tout autant de perplexité et de méfiance. Ne profitait-on pas du sac pour intervertir les cadavres ou dissimuler des prélèvements d'organes destinés à la vente ? En outre, il fallait s'éloigner des malades et des cadavres. Contrairement à l'usage, il était interdit d'exposer les défunts quelques jours à leur domicile pour que les familles et les voisins puissent leur rendre un dernier hommage.

Les pires rumeurs circulaient à propos des CTE. Ceux-ci étaient situés en dehors des formations sanitaires habituelles et construits avec des matériaux inusités. Les malades y étaient mis à l'isolement. La présence de garde-malades auprès des patients était totalement exclue. Les visites étaient difficiles à obtenir et s'effectuaient à distance sans qu'aucun contact physique ne soit possible. Les repas préparés en famille pouvaient parfois parvenir aux malades qui les recevaient sur un plan incliné qui aboutissait dans leur chambre. Ces bizarreries

associées les unes aux autres rendaient les CTE étranges et menaçants pour les malades qui préféraient fuir plutôt que d'y être amenés. La fonction des CTE était inversée, plutôt que d'être perçus comme des lieux où l'on soigne les patients, ils avaient la réputation d'être des mouiroirs où les malades étaient mis à mort de diverses manières pour être dépouillés de leur sang et de leurs organes.

Pendant les épidémies de la province de l'Équateur ou de Guinée, il avait été dit que la MVE était une maladie hémorragique. Or, les symptômes de la MVE Ebola s'avéraient nettement plus diversifiés, certains patients ne présentaient pas d'écoulement de sang.

6.1.5. Des pratiques intrusives, envahissantes et coercitives

Les médecins, infirmiers et agents de santé communautaires considèrent que le dispositif de la riposte était plutôt vertical. Les injonctions venaient du sommet sans qu'il y ait eu une concertation préalable.

L'usage de la contrainte semble avoir été très répandu. Les malades et les cadavres infectés étaient extraits des quartiers par la force. Les actions des équipes de la riposte étaient intrusives et envahissantes car elles impliquaient de nombreux intervenants qui se déplaçaient dans un « cortège » de véhicules. Les maisons étaient désinfectées avec des pulvérisateurs, les vêtements étaient plongés dans un liquide désinfectant à base de chlore et les matelas infectés étaient incinérés. Bien que cohérentes sur le plan épidémiologique, ces mesures radicales paraissaient extrêmement odieuses pour les familles qui n'en comprenaient pas nécessairement le sens. En outre, il a été mentionné au cours de l'enquête que des défunts ont été inhumés à l'insu des familles et dans des lieux qu'elles n'avaient pas choisis. Les communautés locales ont répondu par la violence à ces pratiques qu'elles percevaient comme des agressions. Le dispositif de la riposte est alors entré dans la surenchère en faisant appel aux militaires et policiers pour contraindre les communautés à se soumettre à ses injonctions. La riposte épidémiologique se militarisait.

6.1.6. Un substrat culturel favorable à l'émergence d'interprétations persécutives et l'apparition d'un sentiment de victimisation

La sorcellerie et l'empoisonnement ont une profonde prégnance dans le contexte culturel du Nord-Kivu. Ce sont des explications courantes des maladies. Le malheur, la malchance et les troubles physiques ou mentaux sont souvent conçus sur le mode de l'agression mystique et de la persécution magique par d'autres êtres humains ou esprits ancestraux. La situation militaro-politique calamiteuse des deux Kivu au moment de l'épidémie, le caractère inhabituel de la MVE, l'ampleur des moyens déployés et les mesures coercitives adoptées ont poussé les communautés à se replier sur leurs propres référents culturels pour donner un sens au désastre qui les frappait.

C'est dans ce phénomène qu'il faut rechercher la source des rumeurs selon lesquelles la MVE avait été inventée pour exterminer les Nande. L'inversion des rôles du personnel soignant des CTE chargé d'assassiner les patients plutôt que de les sauver procède de la même logique. La conviction que du sang ou des organes étaient prélevés sur les cadavres au profit de Blancs ou d'Asiatiques correspond également à ce type d'élaboration persécutive.

Remarquons toutefois que les rumeurs recelaient des éléments de vérité. L'inaction internationale et gouvernementale pour faire cesser les exactions dans les deux Kivu est incontestable. Le personnel soignant bénéficiait effectivement d'une prime pour son implication dans la riposte mais évidemment pas pour tuer les patients. Il est probable que le trafic international d'organes à destination de l'Occident ne soit pas seulement une chimère. Enfin, il y a pléthore de raisons, tant actuelles que passées, qui démontrent l'incontestable tendance des Blancs à se montrer cupides et implacables envers l'Afrique et les Africains.

Les phénomènes dont il est question ci-dessus sont fondamentaux et doivent faire l'objet d'une extrême attention car ils sont récurrents. Dans les années 90, au Sud-Kivu, le préservatif masculin avait la réputation de propager le SIDA puisque les producteurs, en l'occurrence des Blancs, étaient supposés y inoculer le virus afin de

contaminer les utilisateurs¹⁷. Dans le Haut-Katanga, en 2014, les vaccins étaient rejetés car ils étaient suspectés de disséminer les maladies. Les producteurs blancs étaient soupçonnés de trafiquer les vaccins afin de tuer les enfants noirs et stopper ainsi la démographie africaine galopante qui menaçait leur suprématie¹⁸. Enfin, dans la région de Butembo, la toute récente épidémie de COVID 19 était attribuée à des agresseurs extérieurs, c'est-à-dire des Rwandais supposés reconnaissables à la forme de leur nez.

Lorsqu'on a porté des cache-nez à cause du Corona [...] la rumeur a fait circuler l'idée qu'on faisait passer les Rwandais, en cachant leur nez. Les jeunes ont commencé à arrêter, les mini-bus, et à suspecter n'importe qui... [...] à cause du cache-nez. Certaines personnes ont été fouettées de l'autre côté [...] Oui. A cause du cache-nez. Il est arrivé qu'ils demandaient à certaines personnes de les enlever pour vérifier leur nez. Les jeunes se sont saisis d'une personne. [...] Lorsque les choses sont contraires à ce que la population vit, elles apportent une autre image (c'est-à-dire : elles produisent une autre représentation).

Les rumeurs et les convictions sont des phénomènes mentaux. Ces phénomènes impalpables produisent cependant des effets très concrets car les logiques qui les sous-tendent guident ensuite les comportements des acteurs sociaux.

6.2. Douzième épidémie

La 12^e épidémie fut circonscrite et clôturée en deux mois alors qu'il fallut deux longues années pour qu'on annonce la fin de la 10^e épidémie. Quelques facteurs principaux ont contribué à raccourcir drastiquement le temps nécessaire pour juguler l'épidémie. À la suite de son implication dans l'épidémie précédente, le personnel de santé local était désormais expérimenté et efficace dans la gestion de la MVE. Il était mis à l'avant-plan alors que les intervenants internationaux se faisaient discrets. La riposte devenue la réponse, adoptait des stratégies plus consensuelles, moins agressives et intrusives. Rassurée par la présence des agents de santé locaux, apaisée par l'adoucissement des stratégies de la réponse et instruite des effets ravageurs de la MVE, la population ne développait plus de résistances importantes et acceptait de respecter les consignes venant des autorités sanitaires.

7. Recommandations

- Prendre en compte les dimensions psychologique, sociale et culturelle des phénomènes épidémiologiques.
- Ne pas se limiter à appliquer les principes de la stricte rationalité médicale afin d'éviter l'éclosion de sentiments de persécution et de victimisation qui génèrent invariablement des résistances.
- Multiplier les canaux de communication pour informer et sensibiliser la population.
- Utiliser massivement la radio.
- Faire recours aux agents de santé communautaire.
- Mobiliser les leaders communautaires : les responsables associatifs et religieux.
- Solliciter les autorités de proximité (chefs de quartier, de cellule, nyumba kumi).
- Faire témoigner les « vainqueurs ».
- Analyser les usages, les normes et les habitudes des communautés afin de les respecter au maximum dans le dispositif mis en place pour enrayer les épidémies.
- Élaborer un dispositif de réponse aussi proche que possible de l'ordinaire, de l'habituel.
- Rendre les stratégies de réponse aussi usuelles, accoutumées et naturelles que possible.
- Rassurer la population sur les intentions et les pratiques du dispositif de réponse à l'épidémie :

¹⁷ Propos recueillis à Bukavu par l'auteur du présent rapport dans le cadre d'un programme de prévention du SIDA géré par l'Université libre de Bruxelles avec des fonds européens.

¹⁸ Propos recueillis dans le Haut-Katanga par l'auteur du présent rapport dans le cadre d'une étude sur les résistances à la vaccination financée par l'UNICEF.

- Autoriser et faciliter les visites familiales sécurisées aux malades traités dans les CTE
 - Autoriser et faciliter l'apport de repas préparés à domicile pour les malades
 - Implanter les structures de soins spécifiques pour l'épidémie dans les formations sanitaires habituelles, en l'occurrence situer les CTE dans l'enceinte des hôpitaux généraux de référence
 - Utiliser des matériaux usuels pour construire les centres de traitement
 - Inviter des témoins familiaux à assister à l'insertion des cadavres dans les sacs mortuaires
 - Laisser aux familles le choix du lieu d'inhumation
 - Permettre aux familles d'assister aux inhumations
 - Montrer la personne qui se trouve sous les équipements de protection individuelle (EPI) lors d'une intervention dans un quartier
- Eviter toute forme d'ostentation du dispositif de réponse (véhicules, hélicoptères et personnel en grand nombre...).
 - Mettre à l'avant-plan le personnel local, connu de la population et reléguer les conseillers internationaux à l'arrière-plan.
 - Éviter les pratiques intrusives et envahissantes. Rentrer dans les quartiers en petit nombre, à pied et après avoir prévenu les habitants des raisons de l'arrivée des équipes.
 - Éviter autant que possible les pratiques agressives, dominatrices et coercitives car elles génèrent des résistances et des réactions violentes d'autodéfense. Traquer les malades et les capturer de force conduit à les faire fuir et à se cacher. Arracher les défunts à leurs familles conduit à des réactions offensives du voisinage.
 - Dialoguer et convaincre plutôt qu'imposer et contraindre.
 - Ne pas mobiliser la police ou l'armée. C'est contreproductif car la population se méfie des forces armées. Elle se soumet temporairement à la force brute mais développe des stratégies de résistance à long terme (fuite, dissimulation...). Elle peut aussi organiser de véritables offensives armées telles que celles qui ont été menées contre les CTE.
 - En cas de désinfection des logements et d'incinération des vêtements ou des matelas, remplacer impérativement les pertes avec des substituts équivalents sous peine de générer des résistances dans une population paupérisée pour laquelle l'achat d'un matelas ou de vêtements représente un investissement important.
 - Mettre en place des incitants pour se faire dépister ou recevoir des soins (dons de nourriture, par exemple).
 - Prendre en compte les besoins globaux des populations et ne pas se focaliser exclusivement sur les mesures à prendre pour enrayer l'épidémie. L'épidémie dont les effets sont essentiellement destructeurs se colore ainsi d'une dimension positive et rassurante.

8. Bibliographie

Gérard, M., 2021. *Maladie à Virus Ebola. Le point en 2021*. Bruxelles : Hôpital Universitaire Saint-Pierre. Présentation Power Point, non publié.

Groupe d'Etude sur le Congo / Congo research group. 2020. *Ebola en RDC : système de santé parallèle, effets pervers de la réponse*. New York : Center on International Cooperation.

Kahindo Mbeva, J-B. & alii, 2021. *Titre de l'étude : Gestion d'une épidémie de la maladie à Virus Ebola dans un contexte critique : cas de la douzième épidémie de la maladie à Virus Ebola au Nord Kivu, République Démocratique du Congo*. Fichier PDF, non publié.

Kahindo Mbeva, J-B. & alii, 2022. Gestion de la douzième épidémie de la maladie à Virus Ebola : Perceptions des acteurs de la province du Nord-Kivu, République démocratique du Congo. *International Journal of Innovation and Applied Studies*. 36 : 1090-1102

Kalondero, J. Non daté. Sans titre. Retranscription d'entretiens réalisés à propos de l'épidémie de maladie à virus Ebola, fichier Word, non publié.

Kambale Saruti, A. Non daté. *Etude sur la gestion de la 12ème épidémie de MVE dans les zones de sante de Biena, Musienene, Butembo & zone de sante de Katwa. Transcrits des entretiens de l'étude sur la gestion de la 12ème épidémie de la Maladie à Virus Ebola*. ULB-coopération. Fichier Word, non publié.

Lamboray, J-L. & Sherlaw, W. 2016. Ebola, question de confiance. Ebola, a matter of trust. *Afrique, santé publique & développement*. 28 : 1

Muhindo, M. Non daté. *Gestion d'une épidémie de la maladie a Virus Ebola dans un contexte critique : cas de la douzième épidémie de la maladie a Virus Ebola au Nord-Kivu, République Démocratique du Congo. Rapport d'une analyse qualitative*. Fichier Word, non publié.

Organisation Mondiale de la Santé / Ministère de la Santé Publique de la République Démocratique du Congo. 2022. *Rapport de situation de la riposte contre la maladie à virus Ebola dans la province du Nord-Kivu (zone de sante de Beni). Situation Report N°036 du 27 Septembre 2022 (données du 26 Septembre 2022)*.

Sans auteur. Non daté. Sans titre. Retranscription d'entretiens réalisés à propos de l'épidémie de maladie à virus Ebola, fichier Word, non publié.