

LA RIPOSTE CONTRE LA MALADIE A VIRUS EBOLA (MVE) A L'EST DE LA RD CONGO

Les méandres d'un échec inattendu

Nene Morisho, Sung – Joon Park, Josépha Kalubi, Mumbere E.Lubula

AOUT 2020

La recherche est fondée par :



Et :



NIHR | National Institute
for Health Research

<u>RESUME EXECUTIF</u>	<u>2</u>
<u>1. INTRODUCTION</u>	<u>6</u>
<u>2. APPROCHE METHODOLOGIQUE</u>	<u>6</u>
2.1. ZONE D'ETUDE ET METHODES	6
2.2. COLLECTE DE DONNEES	6
2.3. RECRUTEMENT ET PARTICIPANTS A L'ETUDE	7
2.4. GESTION ET ANALYSE DES DONNEES	7
2.5. APPROBATION ETHIQUE	8
<u>3. PERCEPTION DE LA QUALITE DES SOINS</u>	<u>8</u>
3.1. LES RUMEURS ET LES PERCEPTIONS DE LA QUALITE DES SOINS	8
3.2. CONFIANCE, PERCEPTIONS COMMUNAUTAIRES DE LA REPOSE CONTRE EBOLA ET CONFLITS LOCAUX	11
<u>4. PERCEPTIONS LOCALES DU COMPORTEMENT DES AGENTS DE LA RIPOSTE</u>	<u>13</u>
4.1. DE LA LANGUE PARLEE PAR LES AGENTS AFFECTES A LA RIPOSTE (AAR)	13
4.2. DU CARACTERE OPULENT DES AAR	13
4.3. DE L'ORGUEIL ET DU REFUS D'INTEGRATION	15
4.4. DE LA COMMUNICATION ET DE LA DEONTOLOGIE MEDICALE	15
4.5. DE LA DEONTOLOGIE MEDICALE	17
4.6. DE LA CONNOTATION ETRANGERE DANS LE PROCESSUS DE LA RIPOSTE	17
4.7. DE L'INTEGRATION DES LOCAUX AUX EQUIPES DE RIPOSTE	18
<u>5. EBOLA BUSINESS : UN ECUEIL IMPLACABLE AU MECANISME DE LA RIPOSTE A EBOLA</u>	<u>18</u>
5.1. UN COMPORTEMENT OSTENTATOIRE DES AGENTS	19
5.2. EBOLA, MEFIANCE DES JEUNES ET FRUSTRATIONS DES PATRONS COMMERÇANTS	20
5.3. LA MALADIE A VIRUS EBOLA, UNE OCCASION DE RENTE RATEE POUR LA BOURGEOISIE NANDE	21
5.4. LE RECRUTEMENT DU PERSONNEL	21
5.5. LE BUSINESS DE LA LOGISTIQUE ET VIOLATION DES PROCEDURES	25
<u>6. CONCLUSION AND RECOMMANDATIONS</u>	<u>27</u>

Résumé exécutif

En 2018, la République démocratique du Congo a connu son dixième épisode de la maladie à virus Ebola. Celui-ci est apparu à l'Est de ce pays, dans les provinces du Nord-Kivu et d'Ituri ; et, il est des plus longs et des plus dévastateurs en Afrique. Annoncé en 2018, sa fin a été officiellement déclarée en 2020 avec un taux de létalité d'environ 70%.

La plupart des cas de contagion ou même de décès l'ont été à la suite du refus par la population de l'existence de la maladie, de la méfiance à l'égard des soignants et de soins administrés. L'épisode s'est, en tout, caractérisé par de la résistance et de la violence. Au-delà des traumatismes déjà endurés, cette résistance aurait été une réaction aux méthodes somme toutes originales et étranges retenues par l'équipe de riposte pour rompre la chaîne de contamination et mettre fin à la maladie.

En vue de savoir ce qui explique cette résistance et comment rendre le processus de riposte humaine, Pole Institute et son partenaire, Université Martin Luther, ont initié, sous le financement du programme *Research for Health in Humanitarian Crises* (R2HC) d'Elhra pour la recherche intitulée « Humanizing the design of the Ebola response in DRC : anthropological research on humane designs of Ebola treatment and care to build trust for better health ».¹

Les résultats de cette recherche, purement qualitative, découlent des 76 entretiens individuels semi-structurés avec des informateurs clés et 28 discussions de groupe. La durée de chaque entretien ou discussion de groupe est de vingt à soixante minutes. Par ailleurs, vingt notes de terrain ont été collectées. L'approbation éthique a été obtenue par le comité d'éthique de l'université d'Oxford et de POLE Institute, République Démocratique du Congo. Plusieurs résultats intéressants ont été obtenus, notamment :

1. *La peur et la méfiance sont les facteurs principaux de la résistance communautaire observée.* Dans un contexte des massacres interminables dans la région, la peur est sous-tendue par la croyance selon laquelle la maladie est une création du régime du président Kabila afin d'exterminer le peuple Nande qui lui est fort opposée ; la méfiance, quant à elle, se justifie par le fait que cette équipe n'a pas pris le temps de comprendre les pratiques culturelles locales. Celles-ci incluent la consommation traditionnelle de viande de brousse, les rassemblements réguliers lors d'événements familiaux ou villageois et, les pratiques funéraires traditionnelles
2. *L'ampleur de la peur pouvait varier d'une zone à une autre, mais de manière générale, les populations croyaient à l'idée que, quand l'équipe amenait un malade dans les centres de traitement, on le tuait.* En effet, des nombreuses personnes pensaient que les malades qui entraient en relative bonne santé dans des centres de traitements ne revenaient jamais vivantes.

¹ Ce projet de recherche est fondé sur le programme de *Research for Health in Humanitarian Crises* (R2HC) d'Elhra (<https://www.elrha.org>), qui souhaite améliorer les performances sanitaires en renforçant basé sur des preuves pour les interventions de santé publique dans les crises humanitaires. Le R2HC est financé par le ministère britannique du développement international (DFID), Wellcome, et l'Institut National Britannique de Recherche en Santé (NIHR).

3. *Le rejet de la riposte par la population était aussi largement dû à un problème de communication.* Certains membres du staff de la riposte, en particulier ceux en charge de la communication et de la sensibilisation, n'étaient même pas en mesure d'expliquer correctement les symptômes de la maladie. Cette incapacité a semé de la confusion parmi les membres de la communauté amenant certains à remettre en cause le diagnostic fait par les médecins
4. *Le rejet de la riposte relève également du contexte politique et électoral chaotique.* L'épidémie d'Ebola est apparue dans un contexte électoral où la population de Beni et Butembo, très opposée au régime de Kabila, a été empêchée de prendre part aux élections présidentielles et législatives. Cette décision d'empêcher cette partie du pays touchée par le virus Ebola de participer aux élections a contribué à alimenter des suspicions et in fine de l'animosité envers les équipes de riposte en raison de leurs liens avec le gouvernement
5. *Les interventions de nombreuses organisations impliquées dans la riposte contre Ebola n'étaient pas sensibles aux conflits.* Non seulement elles n'avaient pas la capacité et les compétences pour mettre en œuvre le principe « Do no Harm » mais également elles n'impliquaient pas les organisations de consolidation de la paix dans la préparation de leurs interventions aux fins d'introduire une approche sensible aux conflits
6. *Certaines zones qui n'avaient pas signalé de conflits avant l'épidémie, ont connu des conflits violents après que des cas d'Ebola y avaient été signalés et que les équipes de riposte y étaient arrivées.* Ceci démontre qu'un énorme problème de santé publique comme l'épidémie d'Ebola vécue à l'est de la RDC peut déstabiliser même les régions réputées stables et y générer des conflits. Qu'ils apparaissent avant ou après l'apparition de l'épidémie, ces conflits rendent difficile la surveillance, la recherche des contacts et la vaccination.
7. *Autant la riposte a généré des nouveaux conflits et amplifiés des anciens conflits, autant ces conflits ont contribué à la propagation de la maladie.* Il était établi que le taux de transmission d'Ebola était plus élevé à la suite d'événements violents. Par exemple, en conséquence de l'attaque contre le centre de transit de Beni en août 2018, le taux de reproduction moyen se situait, vingt et un jours plus tard, entre 1,12 et 1,23 dans ce district, alors qu'il était entre 0,81 et 1,08 dans toutes les autres contrées.
8. *L'incapacité pour le personnel soignant de parler la langue locale créait une barrière psychologique dans l'acceptation des traitements ou même de la maladie.* La population pensait que c'était une forme de domination ou de moquerie envers elle, et qu'en cela, le personnel soignant voulait mettre en évidence de l'ascendance qu'aurait sa langue sur celle de la population locale.
9. *L'orgueil et le refus de se socialiser de la part des agents du mécanisme de riposte est un autre écueil non négligeable.* Ces agents n'acceptaient aucun reproche, disaient qu'ils ne pouvaient accepter aucune orientation venant des experts locaux ; ils soignaient sans intention de fournir un effort de communiquer humainement avec les malades ; au début tous étaient nouveaux dans la zone et n'usaient que du français,

sans interprète, pour communiquer avec les populations locales, dont la plupart, autochtones et peu instruites

10. *La débâcle du système de communication et la méfiance envers la déontologie médicale a contrasté avec la noble ambition du mécanisme de la riposte, sauver des vies. Les agents affectés à la riposte, n'ont pas eu le temps de prendre contact avec les populations et leur expliquer pourquoi ils étaient là et quelle était leur mission. Aucune explication sur l'évolution du stock de vaccins, la lenteur dans la transmission des résultats des tests, autant de signes d'une riposte inefficace et peu rassurante aux yeux de la population*
11. *Des magouilles et autres petits arrangements qualifiés localement d'« Ebola business » étaient à l'origine de la résistance perçue et la violence manifestée. Une grande partie de la population est persuadée qu'Ebola aurait été créée comme stratégie de se procurer de l'argent »*
12. *Du fait de l'opulence, certains fonctionnaires de la riposte s'étaient versés dans un comportement ostentatoire et dans la débauche. En se comportant ainsi, ils ont rendu la population antipathique et distante à leur égard*
13. *L'effet du système de la riposte sur le marché du travail local est négatif et consiste en une double frustration dans le chef des patrons locaux : en octroyant d'importants salaires au personnel local, le système de riposte a dépouillé les commerces locaux d'une main d'œuvre moins chère et expérimentée ; et, a inspiré des revendications sociales inhabituelles aux agents restés fidèles aux patrons locaux.*
14. *La maladie à virus Ebola a été une opportunité d'affaire d'emploi qui a échappé aux entrepreneurs et travailleurs locaux : une bonne partie de ces marchés a été prise par des agences et des travailleurs de villes lointaines de Goma, Bukavu ou Kinshasa. Et lorsqu'on y accède, c'est à la faveur d'une chaîne d'intermédiaires très démotivante.*

Sur base de ces résultats, les recommandations suivantes ont été formulées :

1. Ebola n'était qu'une des situations d'urgence dans le nord-est de la RDC
Pour espérer gagner la confiance de la communauté, l'approche centrée seulement sur une crise de santé publique comme Ebola et ignorer les autres problèmes de la communauté n'est pas efficace. Des efforts doivent être faits pour s'assurer que la réponse médicale va au-delà de la lutte contre la maladie, les soins fournis doivent être globaux
2. L'engagement de la communauté doit constituer la pierre angulaire de toute réponse, sinon la méfiance, la colère, la manifestation et les conflits violents peuvent miner la riposte :
L'implication des dirigeants et des acteurs locaux qui ont la confiance des communautés est cruciale pour garantir que les communautés adhèrent aux mesures de protection et acceptent la riposte
3. Les soins devraient être décentralisés :
La décentralisation des soins pour les patients suspects d'Ebola n'est pas seulement une stratégie médicale efficace pour identifier et traiter rapidement les personnes

infectées, mais s'avère également être un outil important pour renforcer la confiance de la communauté.

4. Le respect des patients est fondamental :
Même dans les situations nécessitant une action urgente et ayant des implications majeures pour la santé publique, les patients Ebola (cas suspects et confirmés) doivent être soignés et respectés comme tout autre patient, et non traités comme des menaces biologiques.
5. Recrutement du personnel et attribution des marchés :
 - e.1. le recrutement du staff qui va travailler dans la riposte doit se faire avec la plus grande transparence en procédant par toutes les étapes traditionnelles de processus de sélection : pour un pays à taux de chômage élevé, la transparence d'un tel processus constitue une garantie de confiance et réduire la tension qui émerge en pareil circonstance. Pour certains postes qui ne requièrent pas une grande compétence et expertise, privilégier un recrutement local ou communautaire.
 - e.2. En ce qui concerne l'organisation des marchés pour des commandes ou des véhicules à louer, il est recommandé de tenir compte des aspects contextuels. Pour des commandes des médicaments ou des équipements lourds et délicats, procéder par des appels d'offres au niveau national ; mais pour des voitures à louer, du carburant, les appels d'offres peuvent être provinciales ou même locales

1. Introduction

Depuis plusieurs années, Ebola frappe de manière régulière la République Démocratique du Congo et très particulièrement certaines zones de l'Est et de l'Ouest du pays. Les conséquences de cette épidémie sont nombreuses : des pertes en vies humaines sont nombreuses et les pertes économiques sont incalculables, dans un contexte où les populations vivent dans une pauvreté indescriptible. La persistance de cette maladie et les ravages qu'elle provoque reflètent la faiblesse de nos systèmes de santé, incapables de répondre à des épidémies d'une telle ampleur. Depuis 2018, les provinces du Nord Kivu et de l'Ituri font face au dixième épisode du virus Ebola qui a déjà fait plus de 2280 morts. La plupart des personnes contaminées et mortes à cause de ce virus l'ont été à cause du refus de l'existence de la maladie et du non-respect des mesures de protection. Soulignons cependant que le respect et l'application de mesures de protection contre cette maladie dépendent largement de la confiance et surtout de la perception que la population a de la maladie, du système de riposte et surtout de la qualité des soins qu'ils reçoivent.

La ville de Beni dans la province du Nord Kivu et les zones environnantes qui ont été affectées par la maladie à virus Ebola ont aussi été le théâtre de plusieurs conflits violents qui ont fait de nombreuses victimes parmi les populations locales. Le virus Ebola est donc apparu dans un contexte social et politique déjà fragilisé par des conflits violents. À Beni, la riposte a été rendue difficile par des émeutes, la lapidation de véhicules et même le meurtre de certains travailleurs de la riposte. Les facteurs qui ont alimenté cette résistance sociale comprenaient le manque de confiance de la qualité de soins dans les centres de traitement (CTE), le manque de confiance dans l'équipe de riposte et la méfiance à l'égard des étrangers qui sont venus, selon les dires de la population, profiter de l'épidémie, et enfin de la dimension plus économique que cette riposte avait prise.

Ce rapport analyse des éléments importants qui sont ressortis des données qualitatives collectées pendant plus de deux mois dans les zones affectées par le virus. Il s'agit notamment des perceptions de la population par rapport aux soins administrés et du comportement du personnel, et du comportement affairiste des acteurs, bien connu sous le terme générique de « ebola business ». Au préalable, il est présenté à la section suivante l'approche méthodologique de l'étude

2. Approche méthodologique

2.1. Zone d'étude et méthodes

Le principal cadre de recherche était la ville de Beni, dans la province du Nord-Kivu, qui a été l'un des épicentres de l'épidémie et sert de base à de nombreuses organisations de riposte. À Beni, des recherches ont été menées au Centre de transit, au Centre de traitement d'Ebola) et dans trois Centres de transit intégrés (plus petits centres de transit décentralisés pouvant accueillir jusqu'à 6 lits et situés dans un centre de santé existant). Nous avons également mené des entretiens et des observations de participants sur divers sites à Kaina et Mangina (également dans la province du Nord-Kivu) et à Madima, dans la province de l'Ituri.

2.2. Collecte de données

Nous avons réalisé 76 entretiens individuels semi-structurés et 28 groupes de discussion entre juillet 2019 et octobre 2019, d'une durée d'environ vingt minutes à une heure. Les données

ont été collectées par une équipe de chercheurs qui comprenait six chercheurs congolais et deux chercheurs allemands, dirigée par un chercheur principal allemand et un chercheur congolais qui ont examiné les données au fur et à mesure de leur collecte pour assurer la cohérence du processus de collecte au sein de l'équipe. Nous avons également effectué des observations des participants dans des milieux cliniques, lors de réunions avec les intervenants et lors de réunions communautaires. 20 séries de notes de terrain ont été collectées.

Le consentement éclairé verbal a été recueilli auprès de tous les participants. Le consentement verbal a été choisi en raison de l'analphabétisme répandu parmi les membres de la communauté et parce que les expériences de conflit armé, de maladie à virus Ebola et d'instabilité politique dans la région ont créé des soupçons parmi certains participants à la recherche. Les participants ont été informés des risques potentiels associés à la participation et de leur droit de se retirer de l'étude à tout moment sans aucune conséquence pour eux personnellement. Un consentement spécifique a également été demandé pour l'enregistrement des données. Lorsque les participants ont accepté d'être enregistrés, le processus de consentement verbal a également été enregistré. Dans d'autres cas, une note de consentement écrite a été recueillie.

2.3. Recrutement et participants à l'étude

Les principaux participants à la recherche étaient (1) les travailleurs de la santé (2) les survivants et les membres de la famille des patients ; (3) autres membres de la Communauté. Une liste complète des participants est disponible dans le tableau 1 (ci-dessous). Le personnel de santé et le personnel médical ont été contactés par l'intermédiaire de l'équipe de gestion de l'établissement. Les membres de la communauté ont été approchés par des leaders communautaires de confiance et par les contacts locaux de l'équipe de recherche congolaise. Les survivants ont été approchés par l'association des vainqueurs ; une organisation formelle de soutien aux survivants d'Ebola.

Tableau 1. Participants à la recherche

Participants	Nombre
Groupes armés	1
Autorité	16
Membres de la communauté	6
Dignitaires	3
Familles de victimes	5
Travailleurs du secteur de la santé	28
Journalistes	2
Relais communautaires	3
Leaders religieux	9
Travailleurs de la riposte	31
Survivants	13
Tradi-praticiens	2
Jeunes	5
Total	124

2.4. Gestion et analyse des données

Les entretiens et les groupes de discussion ont été menés en français ou en swahili. Ce matériel a ensuite été transcrit, les données recueillies en swahili étant traduites en français au moment de la transcription. De brèves notes manuscrites ont été recueillies lors des visites sur le terrain avec des données photographiques. Des notes de terrain plus détaillées ont été écrites en français ou dictées en anglais à l'aide d'un enregistreur vocal, puis transcrites en MS Word. Dans les deux cas, des notes de terrain détaillées ont été produites dès que possible après le travail de terrain. Les chercheurs ont utilisé des guides thématiques prédéfinis pour structurer les entretiens et les groupes de discussion, mais ont sondé et posé des questions supplémentaires de manière itérative lorsque de nouveaux sujets d'intérêt ont émergé. L'observation des participants était guidée par des questions de recherche prédéfinies développées dans notre protocole. Après la transcription, l'ensemble des données a été téléchargé dans NVIVO12 et analysé par thème. Les thèmes initiaux ont été identifiés lors d'un atelier d'analyse des données impliquant toute l'équipe de recherche. Les chercheurs ont codé par thème une sélection de données individuellement avant de les comparer avec d'autres pour affiner les codes et créer un ensemble de thèmes partagés. Les données restantes ont ensuite été analysées par une sous-section de l'équipe de recherche par rapport à ces codes. Une discussion régulière de l'analyse des données par toute l'équipe a conduit à l'ajout de quelques codes supplémentaires au cours du processus de recherche.

2.5. Approbation éthique

L'approbation éthique a été obtenue par le comité d'éthique de la recherche de l'Université d'Oxford, Royaume-Uni et via Pole Institute, République Démocratique du Congo. Pole Institute a pour mandat de mener des recherches sur les questions politiques, économiques et culturelles en RDC, y compris les questions liées à la santé via le ministère de la Justice et a obtenu l'autorisation supplémentaire du ministère de la Santé de la RDC de mener cette recherche.

3. Perception de la qualité des soins

3.1. Les rumeurs et les perceptions de la qualité des soins

Au début de la pandémie, les rumeurs de toutes sortes circulaient sur la qualité de soins fournis aux personnes infectées par le virus. Ces rumeurs ont sérieusement entamé la perception que les communautés avaient de cette pandémie. Il était par exemple courant d'entendre que transférer quelqu'un dans un CTE impliquait sa mort immédiate (les populations savaient que seulement 10% des malades qui guérissent dans un CTE, ce qui n'était pas vrai). Bien plus, les familles des patients se plaignaient que ces derniers ne bénéficiaient pas d'un bon suivi médical. Par conséquent, très souvent une grande partie de la population pensait que les médecins ne voulaient pas que la maladie soit éradiquée pour qu'ils ne perdent pas leur travail. Ce genre de rumeurs ont non seulement affecté la confiance que les communautés avaient dans le système de riposte, mais aussi suscitaient une peur, conséquence de ces rumeurs, de ces derniers envers, pas forcément de la maladie, mais plutôt envers les structures (CTE, CT, etc) mises en place pour éradiquer le virus. La combinaison de ces deux éléments (la rumeur et la peur) a sérieusement affecté les perceptions des communautés envers tout le système de riposte.

3.1.1. Le manque de confiance : la base de perceptions erronées sur le système de riposte

La ville de Beni et de nombreux autres villages autour de cette ville affectés par la maladie à

virus Ebola ont été, pendant quelques années avant l'épidémie d'Ebola, confrontés à des conflits violents qui ont causé la mort de nombreuses personnes. Dans un tel contexte d'insécurité, les populations ne faisaient pas confiance aux organes de sécurité du gouvernement, aux ONG et à toute initiative prise par le gouvernement. Par conséquent, ce contexte n'a pas facilité le soutien communautaire à la réponse contre Ebola, à cause en particulier de la mauvaise information qui circulait sur Ebola et qui était exploitée par des manipulateurs de tout bord. Les incidents violents comme les attaques des équipes de riposte ont négativement affecté le travail des travailleurs humanitaires.

Nous avons remarqué un faible niveau de confiance dans toute institution gouvernementale et une croyance largement répandue en la désinformation sur la maladie à virus Ebola. Les autorités provinciales et nationales, toutes proches de l'ancien régime du président Kabila, n'avaient pas la confiance des populations. Ces dernières avaient plutôt confiance dans les autorités communautaires proches d'elles. C'est dans ce contexte de grande méfiance à l'égard du régime en place à l'époque qu'avait eu lieu la riposte contre Ebola qui a été gérée par l'OMS en partenariat avec le Ministère de la santé. Il n'était donc pas étonnant de voir que toute initiative prise par le gouvernement soit rejetée par la population et qu'un tel partenariat ne pouvait pas faciliter une relation de confiance entre les équipes de la riposte et les communautés.

La méfiance de la communauté au début de l'épidémie d'Ebola envers toutes les agences des Nations Unies et organisations humanitaires impliquées dans les réponses d'Ebla était élevée. En fait, dans la riposte contre une épidémie majeure, il y a un dilemme entre la nécessité d'agir rapidement et de manière décisive et la nécessité d'impliquer la communauté touchée dans la participation et la prise de décision. Pour cette 10^{ème} épidémie d'Ebola en RD Congo, les équipes de riposte ont décidé d'agir rapidement et d'ignorer la communauté, et leur manque de compréhension ou de connaissance des pratiques culturelles locales par des non-locaux ou des non-nationaux ont entravé l'efficacité de la réponse au début de l'épidémie.

Les théories conspirationnistes ont circulé pendant la riposte. Certains informateurs clés avec qui nous avons réalisé des interviews rejetaient complètement l'existence de la maladie, d'autres pensaient que c'était une création des blancs en connivence avec le pouvoir de Kinshasa pour exterminer la population Nande qui s'opposait au régime de Kabila, d'autres enfin pensaient que c'était une fabrication des ONGs pour pouvoir gagner suffisamment d'argent ; il n'était pas rare d'attendre dans les rues de Beni et Butembo, le concept de « No Ebola, No Job ». De plus, le fait que de la nourriture aie été donnée aux personnes vaccinées et le salaire élevé payé aux agents de la riposte ont conduit la population à penser qu'Ebola était une invention de ceux qui bénéficiaient du système.

La méfiance était le principal facteur expliquant la résistance et l'opposition de la population à l'équipe de riposte à Ebola. Il faut également noter que cette opposition se justifiait par le comportement de l'équipe d'intervention, qui n'a pas pris le temps de comprendre les pratiques culturelles locales. Celles-ci incluent la consommation traditionnelle de viande de brousse, les rassemblements réguliers lors d'événements familiaux ou villageois et, surtout en ce qui concerne les risques de transmission d'Ebola, les pratiques funéraires traditionnelles. Cette méfiance a constitué un élément central pour détruire toute la légitimité dont l'équipe de la riposte avait besoin pour faire son travail. En effet, sans confiance dans l'équipe de la riposte, il était difficile de Contrôler la maladie et son éradication a été retardée. Il faut aussi noter que ce climat de méfiance des communautés dans le personnel médical, dans la qualité des soins, a généré des conflits, parfois violents, dans les zones affectées par le virus. Ce lien entre confiance, perceptions et conflits sera analysé dans la sous-section 3.

Dans un climat de méfiance généralisé lors d'une crise de santé publique comme celle vécue à Beni, des interventions curatives et préventives sont rejetées par la population. Ainsi par exemple, le vaccin et la mise en quarantaine des patients malades faisaient souvent l'objet des critiques et du rejet de la population. Ceci est d'autant plus vrai que lorsque l'équipe de la riposte a changé de stratégie de travail (faire de la sensibilisation communautaire en utilisant les sensibilisateurs connus dans la communauté, la décentralisation des soins pour rapprocher les maladies des structures de santé et du personnel soignant auxquels ils sont habitués), elle a commencé à gagner la confiance de la population, et on a vite constaté qu'il devenait plus facile de convaincre la population sur certains aspects de la maladie comme par exemple les modes de sa transmission, les mesures de protection, etc.

La méfiance générale à l'égard de la réponse à Ebola a atteint son paroxysme lorsque des groupes armés ont commencé à s'attaquer aux CTE, tuant les malades et le personnel soignant. Ainsi par exemple, la ville de Butembo a vu ces deux CTEs attaqués entre le 23 et le 27 Février 2019, provoquant la fuite des malades et donc contribuant à la propagation de la maladie. Des personnes interviewées dans le cadre de notre recherche ont mentionné qu'une partie de la population était contente parce qu'elle estimait qu'en s'attaquant et chassant les ONGs impliquées dans la riposte, ils avaient chassé le virus de leur communauté. Ce qui était bien évidemment faux, car le taux de contamination a, juste après ces attaques, augmenté.

Terminons cette section en soulignant que les résultats de notre recherche montrent qu'une bonne compréhension des perceptions locales sur les mesures prises pour lutter une crise sanitaire importante, et de la culture locale est importante pour mener de manière efficace une riposte efficace contre une crise de santé publique majeure du type d'Ebola, et surtout pour se rassurer de son appropriation par la population et de sa pertinence.

3.1.2. La peur : une conséquence d'une communication chaotique

La peur a constitué un élément central dans la résistance communautaire observée pendant la riposte contre la dixième épidémie d'Ebola en RD Congo. Lors des interviews avec les patients et les membres de leurs familles, On a constaté que la réticence à se conformer à l'isolement précoce des malades, au refus de la famille d'emmener la personne malade au centre de traitement, à la vaccination et le rejet d'autres mesures sanitaires proposées par l'équipe de la riposte étaient plus constatée chez des personnes qui ont perdu un membre de leurs familles à cause de la maladie à virus Ebola. La peur et la psychose que la communauté avait envers le système de riposte ont aussi entamé la confiance envers l'équipe de la riposte. En effet, pour la population la mortalité était très élevée et la contagiosité très forte, alors que selon les spécialistes, le taux de mortalité et de contagion était largement en deçà à celui des maladies comme la rougeole par exemple. Les éléments définissant cette peur pouvaient varier d'une zone à une autre, mais de manière générale ce qui ressortait de manière systématique dans les discussions avec les populations c'est l'idée que, quand l'équipe amenait un malade dans les centres de traitement, on le tuait. En effet, des nombreuses personnes pensaient que les malades qui entraient en relative bonne santé dans des centres de traitements ne revenaient jamais vivantes. Des telles affirmations étaient très répandues et ont été à la base du rejet du système de la riposte.

Par ailleurs, le rejet de la riposte par la population était largement dû à un problème de communication. La plupart d'interviews que nous avons réalisées montrent que le comportement de la population, sa perception de la qualité des soins, et de l'efficacité du système de riposte dans son ensemble ont été largement influencé par la manière dont la communication autour de la maladie a été faite. Certains membres du staff de la riposte, en particulier celui en charge de la communication et de la sensibilisation, n'étaient même pas en

mesure d'expliquer correctement les symptômes de la maladie. Cette incapacité a semé la confusion parmi les membres de la communauté amenant certains à remettre en cause le diagnostic fait par les médecins. Ainsi par exemple, selon la communication faite par les sensibilisateurs de l'équipe de la riposte, un malade d'Ebola doit avoir le sang qui coule. Par conséquent, chaque fois qu'un malade n'avait pas des symptômes hémorragiques, ses proches n'acceptaient pas qu'il était infecté par le virus et toute tentative de l'équipe de la riposte de le mettre en quarantaine suscitait des questionnements et la colère de la population.

Ainsi, les erreurs de communication commises par l'équipe de la riposte n'ont pas permis de construire une relation de confiance avec les communautés. Toutes les innovations importantes n'ont pas par exemple pas été mises en évidence dans la stratégie de communication pour obtenir l'adhésion de la population. Certaines pratiques intéressantes comme la mise à la disposition des malades des chambres individuelles, ce qui a permis de réduire la transition nosocomiale, c'est à dire qu'on ne met plus ensemble, l'existence d'un vaccin efficace, etc. n'ont pas fait l'objet d'une communication auprès de la population.

Soulignons cependant qu'au moment de la collecte des données pour cette recherche, la majorité de la population était déjà consciente de l'existence de la maladie, et des mesures protectives à prendre pour éviter le virus. Certaines personnes que nous avons interrogées ont par exemple une connaissance claire de la maladie et de ce qu'il faut faire pour éviter de contaminer les proches. Un jeune étudiant rencontré à Beni nous a par exemple très clairement dit ce qu'il faut faire pour mettre fin à la contamination de la population : identification et isolement des cas, mesures de contrôle en milieu hospitalier, identification et suivi des contacts et, surtout, enterrements sécurisés.

3.2. Confiance, perceptions communautaires de la réponse contre Ebola et conflits locaux

L'épidémie d'Ebola au Nord-Kivu a été déclarée à peine 8 jours après la fin de l'épidémie de 2018 dans la province de l'Équateur. L'épidémie de l'Équateur a été maîtrisée avec succès en 2,5 mois grâce à une recherche adéquate des contacts et au déploiement de l'utilisation d'un vaccin.

La zone de santé de Mabalako dans la province du Nord-Kivu a été l'épicentre initial de l'épidémie d'Ebola. Alors qu'Ebola était presque maîtrisé dans les zones de santé de Mabalako (Beni) et de Mandima (Ituri) à la fin du mois d'août 2018, son incidence a augmenté rapidement dans la zone de santé de Beni entre Août et octobre 2019. Cette vague a coïncidé avec l'intensification du conflit dans la région. Plus précisément, Beni a connu une attaque meurtrière des ADF le 22 septembre 2018, qui s'est soldée par une ville morte de 5 jours à partir du 24 septembre, caractérisée par des restrictions de mouvements. Pendant cette période, l'isolement des cas et la vaccination ont été gravement entravés.

Il est également important de mentionner que l'épidémie d'Ebola est apparue dans un contexte électoral où la population de Beni et Butembo a été empêchée de voter aux élections présidentielles alors que les élections législatives avaient été reportées. Pour la région de Beni, la méfiance et la colère de la population associées au comportement de l'équipe de la riposte et à la décision des gouvernements d'interdire aux populations des provinces touchées de participer à l'élection présidentielle ont contribué à alimenter les conflits pendant l'épidémie d'Ebola. Nous avons vu par exemple que la violence et les tensions autour de la réponse à Ebola ont augmenté juste après l'interdiction des élections à Beni et Butembo.

Par conséquent, l'animosité suscitée par le report d'une élection dans la région était dirigée vers les équipes de riposte en raison de leurs liens avec le gouvernement. Par exemple, les habitants ont associé les équipes de Médecins Sans Frontières (MSF) au ministère de la Santé de la RDC, érodant la coopération locale et augmentant la violence.

Les entretiens que nous avons réalisés avec des informateurs clés ont révélé une relation entre le manque de confiance dans le système de réponse, les perceptions négatives que ce manque de confiance a engendrées et les conflits communautaires.

Dans les zones les plus affectées par le virus Ebola, le travail des travailleurs humanitaires était devenu difficile avant même l'épidémie d'Ebola, car ils ne pouvaient pas avoir accès à certains endroits sous le contrôle de groupes armés. Malheureusement, lors de la riposte contre Ebola, toutes ces zones n'étaient pas encore sécurisées. Par conséquent, le contexte dans lequel les équipes de l'opéraient étaient très risqué en raison des attaques récurrentes des groupes armés. Les menaces contre les ONG sont devenues nombreuses et récurrentes et l'assassinat de certains agents d'intervention a fini par décourager de nombreuses ONG de faire tout travail.

Il est cependant important de mentionner que les interventions de nombreuses organisations impliquées dans les réponses contre Ebola n'étaient pas sensibles aux conflits car elles n'avaient pas la capacité et les compétences pour mettre en œuvre le principe « Do no Harm » et n'impliquaient pas les organisations de consolidation de la paix dans la préparation de leurs interventions qui pourraient les aider à introduire une approche sensible aux conflits. Par conséquent, de nouveaux conflits ont été générés dans les communautés touchées par Ebola et n'ont pas été traités en conséquence soit parce que toute l'attention des ONG était dirigée vers les réponses contre Ebola en ignorant d'autres problèmes ou défis dans les communautés, soit parce que les organisations impliquées dans les activités de consolidation de la paix n'avaient pas l'accès aux fonds suffisants pour gérer les conflits générés par la réponse contre Ebola.

Notons que lors de l'épidémie d'Ebola, nous avons remarqué que le nombre de conflits violents était deux fois plus élevé dans les zones infectées que dans d'autres zones. Il est intéressant de voir que certaines zones qui n'avaient pas signalé de conflits avant l'épidémie, ont connus des conflits violents après que des cas d'Ebola y avaient été signalés et que les équipes de riposte y étaient arrivées. (Mandima, Katwa, Mambasa, Masereka). Ceci démontre qu'un énorme problème de santé publique comme l'épidémie d'Ebola vécue à Beni peut déstabiliser davantage les régions déjà fragiles et alimenter les conflits. Ces conflits ont rendu difficile la surveillance, la recherche des contacts et la vaccination. Il est bien établi que l'identification des cas était encore plus difficile dans les zones trop dangereuses pour que les agents de santé puissent entrer ou travailler.

Par exemple au début de la maladie, les troubles civils ont contribué à retarder de 3 mois le signalement de l'épidémie. Au cours de l'épidémie, plusieurs événements de conflit, notamment des attaques contre des CTE ou des travailleurs de la santé et des manifestations de travailleurs de la santé, ont eu un impact direct sur la réponse de la santé publique.

Par ailleurs, notons qu'autant la riposte a généré des nouveaux conflits et amplifiés des anciens conflits, autant ces conflits ont aussi joué un rôle important dans la propagation de la maladie. Il était établi que le taux de transmission d'Ebola était plus élevé à la suite d'événements violents. Par exemple, il y a eu une attaque contre le à Aout 2018 de la ville de Beni. Et en 21 jours, le taux de reproduction moyen se situait entre 1,12 et 1,23 dans ce district, et entre 0,81 et 1,08 dans tous les autres cas. Cela suggère que les événements violents ont augmenté le taux de transmission dans les semaines suivant un événement violent. Après la destruction du

centre de soins Ebola à Katwa, par exemple, l'équipe d'intervention contre Ebola a eu besoin d'un minimum d'un mois pour reprendre totalement ses activités.

4. Perceptions locales du comportement des agents de la riposte

Dans le cadre de la recherche sur l'humanisation de la riposte contre Ebola, il est ressorti des éléments pertinents qui, de manière positive ou négative, ont influencé l'attitude, le jugement, mais aussi l'appréciation des populations affectées par la MVE, vis-à-vis des équipes impliquées dans la riposte, et du processus de la riposte en tant que tel. En effet, les premières équipes venues intervenir dans la riposte, étaient majoritairement étrangères ; ce phénomène a tout de suite suscité l'attention et l'observation des populations locales qui n'ont pas tardé d'entamer un jugement du comportement de ceux qui désormais étaient appelés à être leur alliés les plus proches dans le combat pour l'éradication de la MVE ; cette réalité a donc fait l'objet de plusieurs perceptions, que les populations nous ont fait savoir dans divers échanges lors de la collecte des données. Dans les lignes qui suivent, nous analysons les principaux aspects autour desquels étaient axées ces perceptions du comportement des agents de la riposte.

4.1. De la langue parlée par les Agents Affectés à la Riposte (AAR)

Au début du processus de la riposte, une grande majorité des agents, si pas tous, était constituée des étrangers. Ceux-ci ne s'exprimaient pas en langue locale, pas plus qu'ils la comprenaient, ce qui rendait très difficile le dialogue Médecin – patient. Ainsi, le manque de prise en compte d'une telle évidence par la riposte a été mal perçu par les populations locales, étant donné que des dispositions pouvaient être prises, en introduisant dès le départ des agents locaux même en tant que traducteurs, afin de permettre des échanges fluides entre les deux parties.

Le personnel soignant avait du mal à bien communiquer avec les malades, et le fait de ne fournir aucun effort de communication, ou de ne mettre en place aucune stratégie de communication palliative, a transmis une sorte de frustrations aux populations, vu qu'elles ne se comprenaient pas avec les personnes en face d'elles. Au cours d'une interview, un patient s'exprime : *« ils ne parlaient qu'en français et en lingala seulement, c'était un loisir pour eux ; ils ne parvenaient même pas à bien écrire nos noms »*. Les populations devenaient donc sceptiques, en pensant que c'était une forme de domination ou de moquerie envers les patients, que de vouloir mettre en évidence le fait que la langue du médecin avait de l'ascendance sur celle des populations locales. L'incapacité de parler la langue locale en créait une barrière psychologique dans l'acceptation des traitements ou même de la maladie. Les populations locales en voyant en face d'eux des visages étrangers et qui ne savaient même pas prononcer leurs noms, ont très vite conclu que ces personnes n'étaient pas dignes de confiance, et donc, tout ce qu'elles pouvaient dire n'avait rien de crédible à leurs yeux.

4.2. Du caractère opulent des AAR

De manière générale, il est connu que les populations du Grand Nord sont discrètes, ne font pas beaucoup de bruit, et évitent le plus souvent de se faire remarquer. L'équipe de la riposte elle, majoritairement kinoise, provenait de l'Ouest du pays, qui est une zone plutôt bouillante, avec une culture de loin différente de celle des populations de l'Est au milieu desquelles elle

était appelée à travailler. Aussitôt qu'elle s'est installée dans la ville, déjà très vite les populations savaient les identifier au milieu d'un groupe. Ainsi, n'ayant pas eu à anticiper cet affront culturel, ni mis en place une quelconque politique d'intégration, elle a tout de suite fait sentir aux populations locales qu'elle venait de loin, et de la part les premières impressions qu'elle laissait entrevoir, ces dernières se sont vite positionnées en méticuleuses observatrices de leurs hôtes.

Certains faits n'ont pas manqué de retenir de façon particulière l'attention des populations. Nous pouvons partir de quelques citations revenues plusieurs fois dans les discussions avec elles : *« ils avaient beaucoup de téléphones, ils portaient des badges, achetaient beaucoup de bières et donc utilisaient beaucoup d'argent dans les débits de boissons; Lors de leurs interventions, il suffisait qu'un seul cas leur soit annoncé, pour qu'ils débarquent dans le quartier avec 15 jeeps au même moment, on se demandait, à quoi servaient tous ces véhicules pour secourir une seule personne ; ils parlaient en une langue bizarre, criaient fort et faisaient beaucoup de bruit ; savoir où ils étaient ne demandait aucun effort particulier, ils se démarquaient automatiquement des autres ; leur influence dans le milieu a perverti les mœurs des jeunes filles et détruit plusieurs foyers ; les femmes ont commencé à s'habiller en pantalon, pour rejoindre les préférences de ces étrangers et attirer leur attention ; aussitôt qu'elles se mettaient avec ces hommes de la riposte, elles avaient subitement beaucoup d'argent ; aussi, elles se faisaient facilement engagé dans la riposte même sans aucune expérience ; comment pouvons nous donc croire en ces équipes ?»*

En analysant cette brève description par les populations locales, des équipes qui venaient intervenir en première ligne dans la riposte, on comprend tout de suite que leurs attitudes ont très facilement suscité le questionnement des populations, qui ont déduit que cette mission avait énormément d'argent, et que les agents de la riposte s'affairaient plus à en jouir qu'à combattre la maladie. Ceci a contribué à l'émergence d'une hypothèse qui a sensiblement contribué à détruire les perceptions des populations envers l'ensemble du processus de riposte contre Ebola ; elles pensaient tout haut en disant : *« Ebola est un business ici à Beni, et non une maladie ; les personnes qui y sont attachées, sont venues se faire de l'argent en nous exterminant ; pour nous, ce fléau n'existe pas, c'est une maladie qu'ils ont inventée pour s'enrichir. Ils ne voudront jamais la voir finir, voilà pourquoi, même les cas non atteints sont toujours déclarés positifs, ils cherchent à gonfler les effectifs des malades pour amasser plus d'argent à dépenser abusivement comme ils le font sous nos yeux en plus».*

Ainsi, les équipes de sensibilisation, quand elles se rendaient dans les quartiers, n'étaient pas bien accueillies ; elles avaient du mal à véhiculer le message, parler de la maladie, des risques et dangers à éviter, des mesures de protections et préventions à adopter etc. Il y avait une forte résistance facilement perceptible des populations, elles ne voulaient rien entendre, n'acceptaient ni les sensibilisations, ni les vaccins, et certaines devenaient agressives face aux équipes sur terrain. Pour en arriver à conduire son malade dans un CTE, il fallait qu'il manifeste un état de santé très critique, après que l'automédication, puis le médecin tradi-praticien aient prononcé leur dernier mot.

Tout ceci n'avait pas manqué d'entraîner des conséquences fâcheuses, dans la gestion de la crise proprement dite ; ce manque de confiance manifeste des populations envers les soignants ne favorisait pas la progression positive des traitements, mais plutôt occasionnait des situations de retards dans les détections des cas, et par ricochet, l'accroissement des taux de contagion au sein des familles et des proches des malades qui se camouflaient, ce qui avait comme conséquences, des hausses énormes de mortalité ; entraînant un manque de confiance envers les soignants.

4.3. De l'orgueil et du refus d'intégration

Les populations estimaient que l'occasion ne manquait jamais aux agents de la riposte de mettre en évidence leur orgueil ; *« ils n'acceptaient aucun reproche, disaient qu'ils ne pouvaient accepter aucune orientation venant de notre part; ils venaient nous sensibiliser et nous soigner, sans intention manifeste de faire des efforts de communication ; c'était des blancs, des noirs, tous des étrangers et qui n'usaient que du français pour communiquer avec les populations locales, dont la plupart, autochtones, n'utilisent pas le français mais plutôt leur langues locale. À tout moment nous revendiquions la présence des locaux dans les équipes de sensibilisation, mais eux se contentaient de faire de grandes allures devant nous et nous imposer leur langue ; et même lorsque les nôtres ont commencé à intégrer les équipes, ils étaient traités avec beaucoup de mépris par leurs collègues qui ne les considéraient pas comme égaux ; il leur arrivait de tonner sur eux devant nous, ce qui nous rendait très furieux ; ils se croyaient de loin supérieurs à nous, et pour cela, il était presque impossible que nous nous entendions ; quand quelqu'un mourait, ils ne manifestaient aucune compassion, on avait l'impression qu'ils n'avaient pas de sentiments et que pour eux, ils se réjouissaient de la mort des nôtres » ; « la communauté avait peur de leur façon de se comporter , de sorte que quelqu'un pouvait tomber malade et se choisir de se cacher plutôt que de les affronter ».*

De ce qui précède, il est visible que les équipes de riposte dans leurs interventions n'ont pas été sensibles aux traumatismes qu'avaient connus précédemment les populations, avec les affres des tueries que venaient de traverser la zone ; leur façon d'être et de travailler avec les communautés a donc créé une sorte de peur en elles. N'étant majoritairement pas très instruites, et ayant en face d'elles des personnes qu'elles jugeaient énigmatiques de par leur comportement à tout point de vue, les populations commençaient à penser que Ebola était une arme venue poursuivre les massacres que la guerre avait commencé. Il était pour elles inconcevable, que des personnes venues combattre une maladie entraînant de ravager un peuple, agissent comme ils le faisaient envers lui. Plutôt que de compatir et tout faire pour créer un climat de cohésion et d'entente, ils s'imposaient en maîtres, et instaurent un clivage médecin supérieur et population inférieure. Un interviewé n'a pas manqué de mentionner : *« quand vous arrivez chez un pygmée, pour pouvoir manger sa nourriture, il faut vous comporter comme un pygmée, ils n'ont pas su s'adapter à notre milieu, voilà pourquoi ils n'avaient pas réussi leur mission »*. Nous comprendrons ici, que le comportement des agents de la riposte avait fait naître un manque de confiance dans les populations en leur égard, lequel a fait engendrer en elles des perceptions négatives qui sont automatiquement devenues un frein autant à l'appropriation qu'à l'acceptation du processus de la riposte contre Ebola par celles-ci. Les populations refusaient d'accueillir les agents de la riposte, ils contestaient la maladie, le vaccin, et encore pire les soins, et finissaient toujours par la conclusion selon laquelle, tout ceci n'était que du théâtre, dont la finalité serait un jour dévoilée.

4.4. De la communication et de la déontologie médicale

4.4.1. De la communication

Une bonne communication est une porte ouverte à une bonne compréhension et qu'une mauvaise communication ou un manque de communication est source d'incompréhension. Ceci nous introduit à analyser et comprendre la manière dont la gestion de l'information par les équipes de riposte avait créé beaucoup d'incompréhensions auprès des populations, et susciter des erreurs de jugements de leur part dès le début du processus.

En arrivant dans le territoire de Béni, les agents affectés à la riposte, n'ont pas eu le temps de prendre contact avec les populations et leur expliquer pourquoi ils étaient là et quelle était leur mission. Ils ont directement commencé à circuler et travailler, sans tenir compte de l'ignorance de la maladie par les populations concernées. Certains faits nécessitaient qu'ils parlent préalablement aux populations avant toute chose, et le fait de ne l'avoir pas fait n'a pas manqué de susciter des doutes envers ces nouvelles personnes, ce qui a eu des répercussions négatives dans la bonne gestion de la crise épidémiologique :

La présence des équipes étrangères comme premières lignes dans la riposte : au début de l'épidémie en territoire de Beni, il a fallu faire venir des médecins qui avaient déjà eu à faire face à cette maladie dans d'autres régions ou d'autres pays, afin que ceux-ci transmettent leur expérience aux médecins locaux qui n'avaient jamais eu à traiter cette maladie ; mais comme ceci n'avait pas été bien expliqué aux populations, très vite elles l'ont mal perçu : *« ils avaient des docteurs qui étaient venus de telle part, de tel pays, on se demandait si on n'a pas de docteurs ici chez nous ; Ces étrangers ne voulaient pas que les locaux s'approprient la riposte, compte tenu des salaires qu'ils recevaient ».*

4.4.2. La disponibilité des vaccins au début et en plein milieu de la riposte

Au début de la riposte les vaccins étaient en quantité très limitée, on ne vaccinait que les personnes susceptibles de contracter le virus, donc ayant été un contact d'un contaminé. Mais une fois que le vaccin était disponible en plus grande quantité, on pouvait être administré à un plus grand nombre de population. Ce changement de situation, n'ayant pas fait l'objet d'une explication au préalable, à créer des jugements chez les personnes sensées le recevoir, et tout d'un coup, y ont affiché une résistance manifeste : *« Avant, nous sollicitons de nous-mêmes à être vacciné, mais on nous le refusait soit disant que le vaccin est cher, maintenant, Qu'est qui a changé pour que subitement il y en ait assez et qu'on l'impose à tout le monde ? Du coup on a peur, on craint que ce vaccin soit destiné à nous tuer ».*

4.4.3. Les différents signes attachés à la maladie

Au début des campagnes de sensibilisation, les sensibilisateurs, comme ils ne pouvaient pas parler la langue locale, distribuaient de dépliant et ne parlaient presque pas ; sur ces dépliant, le signe frappant une personne atteinte d'Ebola était le saignement ; c'est ce que les populations ont retenu, et pour elles, il ne pouvait y avoir Ebola qu'en cas de saignement. Avec une telle conception, quand une famille avait un malade, qui était diagnostiqué atteint d'Ebola sans qu'il n'ait manifesté de saignements, ils en concluaient que les médecins voulaient à tout prix gonfler les effectifs des personnes atteintes pour avoir des financements, et déclaré malades ceux qui ne l'étaient pas : *« Quand quelqu'un meurt dans un centre, pas de saignement, on dit qu'il est mort de Ebola, et que l'on doit brûler le corps et la maison et tout le reste, comment expliquer ? Il suffit d'une fièvre pour que l'on diagnostique un patient d'Ebola ; pourtant quand on a des enfants malades à la maison, de l'eau sur la tête suffit pour baisser la température en cas de fièvre ; mais seulement tu fais appelle à la riposte, directement il sera déclaré atteint, et là c'est sa mort s'il va au CTE ».*

Les populations n'avaient pas pris connaissance de tous les signes avant-coureurs de la maladie, elles étaient en position défensive pour toute affirmation de cas qui ne présentaient pas les symptômes tels qu'elles les avaient retenus, et ne tardaient pas de remettre en cause les résultats des centres de dépistage.

De la procédure d'inhumation des morts atteints de Ebola :

Pour éviter tout risque de contamination, l'inhumation des morts d'Ébola était très particulière et exigeait un maximum de rigueur. On parlait d'enterrement digne et sécurisé. Cette pratique ne rejoignant pas la culture des populations. Il eut fallu une forte sensibilisation pour leur permettre de bien comprendre les raisons pour lesquelles ce type d'enterrement était inévitable ; mais faute d'une bonne communication, l'incompréhension était au rendez-vous : *« Les gens mouraient comme si s'était dans les parcs, on ne nous informait pas. Lors des enterrements, au lieu de coopérer avec les familles, ils nous imposaient leur façon de faire, qui ne rejoignait pas notre culture ; on n'associait même pas un membre de famille, les gens se sont révoltés. Certains d'entre nous allaient même vérifier après avoir enterré si réellement le corps était encore là, étant donné que des rumeurs circulaient selon lesquelles on enlevait dans le corps de la dépouille mortelle quelque chose avant de l'enterrer, voilà pourquoi ils ne voulaient qu'aucun d'entre nous ne soit présent ».*

4.4.4. De la communication des résultats

Plusieurs fois les populations se plaignaient de la lenteur observée dans la communication des résultats des tests d'Ébola ; ils déploraient le fait que, même pour annoncer des résultats négatifs, ça prenait beaucoup de temps, et rien ne leur était communiqué pour apaiser leur impatience. Ils pouvaient atteindre jusque 3 jours dans l'incertitude complète ; ce qui les poussait à conclure que si les résultats traînaient autant, c'est puisque les médecins avaient l'intention de changer les résultats et avoir un grand nombre de tests positifs pour justifier les fonds qu'ils utilisaient.

Ces exemples illustrent comment le manque ou la mauvaise communication des équipes, a provoqué une sorte d'appréhension de la riposte par les populations, qui a suscité des perceptions le plus souvent négatives en leur égard.

4.5. De la déontologie médicale

Concernant le manque de déontologie médicale, les populations n'avaient pas cessé de se plaindre des attitudes du personnel soignant affecté à la riposte ; elles leur reprochaient plusieurs faits. Par exemple, dans les hôpitaux où les soins étaient gratuits, compte tenu du traitement négligé qui leur était réservé, elles choisissaient de se rendre dans des centres de santé privé : *« la gratuité des soins n'encourageait pas à se rendre tôt à l'hôpital, parce que les médecins dans ces centres négligeaient les patients ; et du coup, pour nous, la gratuité de soins implique la mauvaise qualité des soins dont nous nous méfions et préférons nous rendre dans les centres de santé privé ».*

Les médecins étrangers avaient tendance à afficher une certaine supériorité devant leurs malades ; par exemple, ils prononçaient les noms des malades avec beaucoup de mépris sous prétexte d'incompatibilité linguiste. Pour un autochtone, il n'y avait pas pire injure en sa personne que ce geste-là, qui tout de suite brisait la confiance qu'il pouvait avoir envers son soignant.

4.6. De la connotation étrangère dans le processus de la Riposte

Au moment où a commencé l'épidémie dans le territoire de Béni, les premières équipes à avoir été déployées en ligne de front provenaient toutes d'ailleurs donc étrangères aux populations locales. Ceci a rendu le début du processus très difficile, car les équipes n'étaient pas acceptées sur terrain. Les populations ne comprenaient pas pourquoi, même pour les sensibilisations, on ne faisait pas intervenir les locaux qui pouvaient mieux s'exprimer et bien transmettre le message. Dans certains quartiers les équipes de ripostes ne pouvaient pas y mettre les pieds sans qu'ils n'aient été accompagnés par des locaux autrement elles se faisaient lapidées : «

heureusement que vous êtes venus avec quelqu'un de chez nous, pourquoi les étrangers viennent nous sensibiliser ? Nous ne manquons pas des personnes capables de le faire ici ». En effet, tenant compte de la situation politique qu'était en train de traverser le territoire de BENI, faire venir des étrangers pour une mission aussi délicate, sans avoir préalablement préparé les populations locales à les recevoir, était une très grande maladresse, qui risquaient d'handicaper la réussite du processus de la riposte, par le refus des populations à collaborer du fait qu'elles avaient l'impression de se sentir envahi et percevaient ce phénomène comme une nouvelle incursion venue les exterminer de nouveau. La solution à ce problème n'était rien d'autre qu'un remaniement des équipes, il fallait nécessairement que les autochtones se sentent représentés pour accorder une certaine crédibilité aux équipes de la riposte

4.7. De l'intégration des locaux aux équipes de riposte

A partir du moment où les équipes de ripostes ont pris conscience que seuls les étrangers ne pouvaient pas arriver à faire adhérer les populations locales à la cause pour laquelle elles étaient présentes sur leur territoire, elles se sont senties dans l'obligation d'introduire parmi elles de nouvelles unités locales tant au sein des cadres, que des personnels de base. Cette adaptation n'a pas manqué de produire des effets très positifs au sein des communautés, qui non seulement étaient satisfaites par le fait que leurs plaintes aient été enfin prises en compte, mais surtout par le fait que les fils et filles du milieu pouvaient aussi accéder à ces postes et garantir la représentativité territoriale au sein des équipes soignantes. Ceci a renforcé considérablement le degré de confiance des populations, et leur niveau d'appropriation de la riposte contre le Virus Ebola. Aussitôt que cela a été acquis, les choses ont complètement changé, on a assisté à un changement de comportement des populations, qui se sont impliquées dans une forte sensibilisation sur les mesures barrières, et une prise de conscience des risques de contamination de la maladie ; ceci a entraîné une baisse progressive de taux de contamination, jusqu'à en arriver à une maîtrise totale de la situation.

De ce qui précède, nous avons compris que les perceptions des populations envers les équipes de la riposte, portaient le plus souvent du fait que celles-ci provoquaient une crise de confiance dans les populations, de par les comportements et les attitudes manifestés en leur égard. De même, il est ressorti que, la réussite d'une mission aussi cruciale, est la résultante d'une collaboration étroite entre parties, où chacune se sent considérée, représentée et respectée. Le fait d'être étrangers ne peut en rien impacter la considération des populations locales avec qui on est appelé à travailler, si de notre part on se montre ouverts, transparents, collaboratifs et surtout que l'on tienne compte des susceptibilités éventuelles du milieu dans lequel nous sommes appelés à travailler tout en veillant sur un aspect non négligeable qu'est implication locale.

5. Ebola Business : un écueil implacable au mécanisme de la riposte à Ebola

La riposte à la maladie à virus Ebola a été marquée par d'importants épisodes de violence. Plusieurs raisons, les unes aussi pertinentes que les autres, sont évoquées pour l'expliquer. On note par exemple que la zone de prévalence de cette épidémie a longtemps été un espace de violence. Jusqu'au jour où le premier cas de la maladie à virus ebola a été découvert, les attaques et tueries réalisées par les membres de *Allied Democratic Forces-National Army for the Liberation of Uganda (ADF-NALU)* sont restées une triste réalité pour la population de la contrée. Déjà apeurée et fragilisée, cette population était dans un état psychologique qui ne pouvait lui permettre de croire à rien, sinon à une autre machination cruelle à son encontre. C'est en tout cas qu'on peut apprendre également de cette déclaration d'une autorité de base,

quand il rapporte l'opinion de la population au sujet des escortes organisées par des agents du mécanisme de la riposte pour récupérer un cas suspect² : « *Ils viennent de Boikene, de Paida. Quand la population les voit elle a peur, ils disent que : c'est le président [Kabila] qui les a envoyés pour nous tuer* »

L'exaspération de la population était telle qu'elle s'interrogeait si le gouvernement était incapable d'étouffer les deux plaies à la fois, les massacres commis par les ADF-NALU, d'une part et les morts en cascade provoqués par le virus ebola, d'autre part : « *que le gouvernement attaque les deux massacres à la fois ; l'argent qu'on engage pour Ebola, qu'on l'engage aussi pour l'insécurité* »

La population a reproché aux agents de santé de profiter de l'épidémie Ebola pour s'enrichir aux dépens de la population. Des magouilles et autres petits arrangements qualifiés localement d'«Ebola business»³ seraient à l'origine de la résistance perçue et la violence manifestée. Un fonctionnaire d'une agence des nations-unies contacté à ce sujet avait relevé :

« *Cette rumeur vient du fait qu'il y a beaucoup d'argent autour de cette maladie, mais moi en tant qu'humanitaire je ne trouve pas que c'est du business. Peut-être c'est du business pour certains mais pour nous qui sommes dans les organisations internationales humanitaires il y a aucun business.* »

Au-delà, le monde des affaires local qui, accoutumé à une main d'œuvre moins chère, a vu une bonne partie de sa main d'œuvre lui échapper au profit des occupations certes précaires, mais mieux payantes dans la gigantesque machine qu'est la riposte. Tout est apparu comme si l'épidémie avait ouvert tout le monde à diverses opportunités économiques sauf les élites commerçantes et intellectuelles locales et, loin s'en faut, une importante partie de la population pauvre du milieu. Il faut mentionner que le taux de pauvreté au Nord-Kivu est 73% alors que la moyenne nationale est fixée à 71%. Dans un contexte de chômage de masse, il est facile de comprendre que la différence de perception selon que l'on est ou non intégré dans le système de riposte pouvait conduire à un élan de jalousie et d'antagonisme difficile à arrêter. Voulant savoir ce que les gens racontent au sujet du virus ebola, des jeunes réunis à Mambasa (Ituri) pour des discussions en groupe ont répondu : « *Certaines personnes disent que c'est juste une stratégie de trouver de l'argent* »

L'objectif de la présente section est de relever les différents aspects susceptibles d'éclairer l'esprit affairiste qui a caractérisé le système de riposte et montrer comment il permet de comprendre la grande résistance qui a prévalu toute la période qu'a duré l'épidémie. Entre autres, le comportement ostentatoire des agents, la désorientation du marché local du travail, le détournement des opportunités de location de véhicules, mais aussi la logique de recrutement télécommandé, autant de signes révélateurs de l'affairisme qui auraient énervé la conscience collective locale et le cas échéant, handicapé le mécanisme de riposte.

5.1. Un comportement ostentatoire des agents

L'un des identifiants d'une société est sa manière de consommer. La zone qui a été secouée par la MVE est fort caractérisée par la discrétion et la sobriété. Par-là, on n'expose pas sa

² Un cas suspect désigne dans la terminologie du mécanisme de la riposte, un malade qui présente des signes de la maladie à virus ebola (MVE)

³ https://www.liberation.fr/planete/2020/02/04/en-rdc-la-riposte-de-l-oms-rattrapee-par-l-ebola-business_177697, visité le 04 aout 2020 à 12.00

richesse et on n'en parle guère. Le peuple Nande est connu comme tel. Des magnats Nande sont généralement des gens ordinaires tant dans leur vécu que dans leur consommation. Ils sont très inaperçus et insoupçonnés. Dans ce contexte, le comportement de consommation du personnel, médical ou non, engagé pour la riposte s'écarte de la tradition locale. D'aucuns l'ont jugé de scandaleux, d'ostentatoire.

Il n'était pas rare qu'au soir dans un bistrot, un fonctionnaire du système de la riposte paye de la bière en présentant un billet de dollars américains cent (us\$ 100,00). Ce billet est de valeur très élevée et n'intervient que dans des grandes commandes. L'utiliser pour acheter une bouteille de bière, dont la valeur équivaut moins d'une unité de dollar, est une démonstration inouïe de richesse. Une telle démonstration attire des curiosités, suscite de la jalousie d'autant plus que ces fonctionnaires sont venus d'ailleurs. Ils sont pris pour des « étrangers » qui jouissent d'une ressource qui aurait pu revenir aux enfants du terroir, les experts locaux. A ce sujet, une autorité locale, à Beni, mentionne : *« selon mon analyse, la riposte était enviée par tout le monde, elle donne lieu à du travail bien rémunéré. Ces étrangers ne voulaient pas que les locaux s'approprient la riposte compte tenu des salaires [élevés] qu'ils recevaient ...les gens qui travaillaient dans la riposte n'ont pas voulu que l'épidémie puisse finir »*

Cette même perception est confirmée par les jeunes de Mambasa rencontrés pour une discussion de groupe au sujet de la prévalence de la MVE dans leur milieu : *« vue la façon dont la riposte travaille nous pensons que certains d'entre eux ne veulent pas que la maladie se termine parce que les agents de riposte reçoivent beaucoup d'argent. »*

Au reste, cette opulence fait des inspirations à plus d'un. Certains fonctionnaires de la riposte s'étaient versés dans la débauche, allant jusqu'à courtiser les femmes mariées au risque de s'attirer la colère des maris de ces dernières. Car, dans la région, la femme mariée ou en concubinage est sacrée : *« Le comportement des agents de la riposte a changé. Par orgueil, ils prennent même les femmes mariées, sensibilisent la population munis de grands téléphones, ils ne savent pas se rabaisser » FG communautaire-Beni*

Comme l'indique cette citation, l'ostentation était au comble : la débauché, l'exposition des biens de haute valeur comme les téléphones, la suffisance et l'orgueil, autant de vices qui scandalisaient à longueur des journées la population.

5.2. Ebola, méfiance des jeunes et frustrations des patrons commerçants

Les villes de Butembo et de Beni sont à vocation très commerciale. Butembo est particulièrement connue comme une plaque-tournante de l'Est de la République démocratique du Congo. On y rencontre d'innombrables commerçants, représentants d'importantes maisons industrielles du Moyen et de l'Extrême Orient. Depuis des lustres, Butembo, est en fait resté un grand marché pour l'Est de la RDC, l'une des villes des plus prospères du pays. Cette prospérité est érigée sur une main d'œuvre très jeunes et sous-payée. Au fond, il s'agit généralement d'une main d'œuvre familiale qu'on rémunère à gré, sans aucune référence aux prescriptions de la loi en la matière. Dans la plupart des magasins de Butembo et de Beni, le salaire mensuel par employé dépasse rarement le montant de dollars américains trente (\$ 30,00). Dans certains cas, la rémunération est limitée à une simple prise en charge journalière de la ration alimentaire et une promesse d'autres faveurs (non clarifiées)⁴ dans la vie future du travailleur.

⁴ Il arrive ainsi que le jour du mariage de l'employé, son patron participe à la dot à verser, s'il s'agit d'un garçon, ou au coût de l'organisation matériel de l'événement lorsqu'il s'agit d'une fille.

A la venue du système de la riposte contre la maladie à virus ebola, beaucoup de ces jeunes y ont perçu une opportunité d'emploi bien mieux rémunérateur. Pour ceux-là qui pouvaient s'y faire enrôler, ils pouvaient gagner jusqu'à cinq fois le salaire qu'ils obtenaient de leurs anciens patrons commerçants : « *nous recrutons les jeunes dans toutes les communes de Beni, c'est une façon pour nous de pouvoir intégrer les jeunes dans la commun* »

En dépit du caractère précaire de l'emploi obtenu, celui-ci pouvait garantir aux jeunes recrutés au moins un montant de dollars cent (us\$ 100,00) à chacun. Ces jeunes pouvaient être recrutés en tant sensibilisateurs, paysagistes, etc. Il en ressort de cette réalité deux conséquences. D'une part, beaucoup de jeunes, anciens boutiquiers, recrutés dans le système de la riposte se sont trouvés relativement plus riches en quelques semaines de travail par rapport aux nombreuses années passées au service de leurs anciens patrons. Ils se constituaient ainsi un capital qui, à la fin de leur contrat, pouvait leur permettre d'orienter autrement leur destin professionnel. D'autre part, cette ascension socio-économique des jeunes chanceux créent des envieux parmi ceux qui sont restés gérer les échoppes si bien que ces derniers pouvaient exercer de la pression sur leurs patrons aux fins d'obtenir un relèvement de rémunération. Les patrons commerçants subissent ainsi une double pression : il leur est impossible d'appâter et ramener leur personnel expérimenté dans leurs giron, d'un côté ; ils font face à de la grogne du personnel encore à leur service en vue de l'amélioration de leurs conditions de travail. Aussi, les commerçants ont-ils accumulé de la frustration pendant que les jeunes développaient de la méfiance à leur égard et parfois les défiaient.

5.3. La maladie à virus Ebola, une occasion de rente ratée pour la bourgeoisie Nande

La zone de Butembo-Beni est l'un des repères des personnes nanties aux Kivus. C'est un empire commercial dont la notoriété est allée au-delà des frontières congolaises. Ouverte à l'extérieur par la frontière de Kasindi au Nord-Kivu et Arua en Ituri, toutes les marques de véhicules, pour autant qu'elles puissent rouler sur les routes rocailleuses de la zone, y sont présentes. Le système de la riposte a pris, pour son fonctionnement, en location beaucoup de voiture de terrain. Tous les intervenants devaient en avoir pour prestre efficacement dans la zone. De Mandima à Kayna, en passant par Mangina et Katwa, les routes sont peu praticables et requierent l'usage des engins adaptés. Il se fait cependant que, la plupart des véhicules engagés dans le système de la riposte, sont des dont les propriétaires sont à Goma ou à Bukavu. Butembo est distant de Goma et Bukavu, respectivement d'environ 400 kms et 600 Kms.

Une journée de location d'un véhicule coute au moins dollars américains cent (us\$ 120,00). Un pactole. Et, dans l'opinion générale, à Beni et Butembo, il n'est pas compréhensible que pour un malheur qui frappe la communauté locale, tous les marchés, notamment celui de location de véhicule, soient conclus en dehors de ces deux villes. Les offres pour lesquelles les réponses peuvent être localement trouvées devraient leur être réservées. La maladie à virus Ebola a été une opportunité d'affaire dont les hommes d'affaires locaux auraient voulu, au moins en partie, s'emparer.

5.4. Le recrutement du personnel

5.4.1. Des erreurs du processus...

Dès la notification de la MVE par le ministère, le recrutement du personnel pour la riposte à Mangina semble avoir été critiqué. Cependant, la coordination semble n'avoir pas tiré les leçons de cette expérience pour adapter le recrutement plus tard à Butembo.

A Mangina et à Beni, des experts, médecins et épidémiologistes non-locaux ont été privilégiés. L'approche adoptée a fait transparaître dès le début un aspect non coopératif voire parfois autoritaire. Les experts disaient « faites ceci », « faites cela » au lieu de « faisons ceci » ou « faisons cela ». Cela a donné l'impression à la population de se retrouver en face d'étrangers. La coordination de la riposte n'a pas impliqué, dans un premier temps, les acteurs locaux influents dans l'élaboration du plan stratégique de la riposte. La décision de mettre en place l'approche zonale, c'est-à-dire d'utiliser les structures des zones de santé où la mobilisation communautaire est forte, a été prise en retard. Les équipes recrutées tardivement ont par la suite dénoncé la discrimination dont elles faisaient l'objet. Le communiqué 5 de presse n°06/2018 de la coordination intersyndicale de la santé dans le district sanitaire de Butembo du 05 septembre 2018 en est une preuve. Dans cette lettre ouverte, en interpellant le gouvernement congolais, les partenaires financiers et la coordination de lutte contre l'épidémie, les infirmiers ont menacé de se retirer du processus de riposte dès le début. Il faut situer ce mécontentement non seulement au sein des infirmiers mais aussi des médecins du Grand Nord-Kivu qui se sont sentis mis à l'écart. Même si à Beni la coordination a essayé de tenir compte de ce mécontentement, l'approche avait déjà produit des effets sur l'opinion publique.

Dans ses débuts, la riposte utilisait l'approche politico-administrative avec le concours de coordination nationale dont les acteurs clés pour remonter les alertes étaient les bourgmestres, les chefs des quartiers et des cellules. Les organisations de la société civile semblent avoir été oubliées. Or ces derniers sont plus proches de la population que les chefs des quartiers et des cellules qui sont nommés non sur base des compétences mais sur base des calculs politiques. L'approche zonale consiste en effet à renforcer le système sanitaire existant.

Alors que l'équipe devrait progressivement adapter les approches, elle semble avoir accumulé plus d'erreurs surtout dans la zone de santé de Katwa. Durant les recherches effectuées à Rughenda, les participants décrivent les erreurs de recrutement et du traitement. La population se disait frustrée et avoir adopté par le fait-même une stratégie d'auto-défense face à ceux qu'elle qualifie « d'envahisseurs ». En effet, à Katwa les participants n'ont cessé de dire : « *Nous avons des infirmiers et médecins que nous connaissons bien ici chez nous et qui soignent bien. Où sont-ils ? On nous envoie des jeunes filles copines de ces gens sans aucune formation médicale* ».

Ces propos sont corroborés par l'entretien réalisé auprès d'un agent affecté au centre de transit géré par l'ONG Alima à Katwa qui relève que « *sur 32 agents commis à ce centre, au moins 28 étaient venus de Beni et de Oicha. L'équipe venue de Oicha serait recrutée par l'intermédiaire d'une copine à un des responsables de la riposte* ». Un autre agent affecté dans la sensibilisation a affirmé avoir surpris un des responsables de la sous-coordination de Butembo au téléphone disant : « *je suis déçu qu'à Butembo il n'y a aucun épidémiologiste. Envoyez-moi 6 personnes de Kinshasa* ».

En effet, lors du recrutement à Butembo, 11 postes ont été ouverts pour recruter des épidémiologistes à l'OMS. Plus des 10 dossiers ont été reçus et toutes les candidatures reçues montrent que les bénéficiaires ont étudié dans les universités locales. Mais curieusement 4 ont été retenus et le reste recruté à Kinshasa. Certains hygiénistes et chauffeurs ont également recrutés à Kinshasa. Ce qui explique pourquoi ont été considérés comme des étrangers. Le caractère business est plus apparu dans la rémunération des agents.

5 Voir annexe du rapport

5.4.2. ... à sa marchandisation

Le caractère « business » apparaît dans le recrutement lorsque le personnel recruté ne remplissait pas les conditions requises et surtout lors de la fixation de la rémunération et de la paie. Pour certains, chaque fin du mois, leur salaire a été amputé de 10 à 15 voire 20% pendant quelques mois pour rester dans la riposte. Ceci a été observé pour des agents importés d'ailleurs. Une dame de Beni qui était déclarant en douane s'est retrouvée engagée dans la riposte comme hygiéniste à Butembo puisque son cousin impliqué dans le recrutement était médecin chef de zone. Comme elle avait un autre travail à Beni, elle a dû chercher quelqu'un pour la remplacer pendant 3 mois. Elle percevait le salaire de 600\$ quitte à elle de donner par la suite la moitié à celui qui prestait réellement. Des exemples de ce genre sont nombreux pour montrer comment la lutte contre la MVE a été un business de quoi exacerber la violence au niveau des communautés.

5.4.3. Recrutement des experts ou logique de redistribution intra-fratrie

La prévalence de la maladie à virus ebola a été tout aussi bien une demande de divers types d'expertises. La maîtrise de cette maladie n'avait pas besoin que des médecins ou des infirmiers. Des hygiénistes, des sensibilisateurs, des femmes de chambres, des constructeurs, des chauffeurs, etc., autant de qualifications dont le système avait tant besoin pour affronter le mal. La noblesse de cet objectif contraste pourtant avec la méthode de recrutement constaté. En effet, pour certains postes, le profil de leurs occupants traduit de manière manifeste un certain clientélisme, sinon un clientélisme certain : des chauffeurs à la place des maçons, des cuisiniers à la place des hygiénistes, une chargée de communications fille du ministre de la santé, des sensibilisateurs anciennement charpentiers ou plombiers, etc. Et, lorsqu'il s'agit de recruter un médecin, le recruté est connu avant même la fin de la procédure de recrutement. Un infirmier de Malepe (Beni) mentionne à ce sujet : « *L'autre problème se trouve dans le recrutement des soi-disant experts qui ne connaît pas leur travail qui ne sais pas communiquer avec les patients, sur terrain c'est encore nous qui devons leur montrer comment faire ceci ou cela. Il y avait un mauvais recrutement, quand on intègre quelqu'un dans une équipe seulement parce que c'est l'enfant d'un oncle ou d'une tante qui n'a aucune expérience dans la matière, juste pour qu'il puisse bénéficier du salaire. C'est une situation que nous vivons sur terrain (...)* On recrute des agronomes, des vétérinaires qui n'ont rien des médecins ou des infirmiers. »

Cette manifestation du clientélisme traduit une logique délibérément adoptée en vue de permettre aux membres de la fratrie de décideurs ou à leurs amis d'accéder à la précieuse aubaine que présente l'épidémie : « (...) *parfois nous nous demandons pourquoi c'est sont les médecins venus d'ailleurs qui s'occupent de la maladie.* »

A Some et Makoko, en province d'Ituri, où il se vivait déjà une telle discrimination quant à l'accès aux opportunités d'emploi, un infirmier a relevé d'un ton sec : « *qu'ils intègrent les experts locaux dans la sensibilisation et pensent à la réhabilitation de tous les agents de riposte sans discrimination.* » Et à une famille victime, rencontrée à Makoko, pour une discussion de renchérir : « *normalement, ce sont les Relais communautaires qui devaient faire la sensibilisation, mais ils amènent d'autres personnes que la communauté ne connaissait pas* » Makoko, FG, famille de victime

Par ailleurs, il avait été relevé que lorsque pour un poste, l'individu qui l'occupe est un expert local, sa rémunération est 10 fois plus basse que celle qu'aurait eue une expertise venue de Kinshasa ou de Goma. Une institutionnalisation de la discrimination qui est dénoncé par la plupart des personnes contactées. C'est ce qui ressort de la discussion avec quelques infirmiers à Beni : « *Et même si la population intègre l'équipe, nous retrouvons un grand écart dans le paiement, nous ne sommes pas rémunérés de la même façon pourtant nous courrons tous le*

même risque ». Une autorité de base de la ville de Beni, mentionne aussi : « *c'est EBOLA business il faut éviter à rendre économique la maladie, comment concilier les deux hypothèses celui qui a étudié et enseignent quelque part il gagne 10 dollars par jour mais un analphabète gagne 100 \$ par jour, c'est comme ça que les gens ne comprennent pas comment ça crée des conflits (...) c'est de l'affairisme.*

Il va sans dire que cette pratique est de nature à heurter des consciences étant donné que les expertises en besoin pouvaient être localement trouvées et à bien moins cher. L'on croit savoir que l'une des grandes raisons des violences qui ont caractérisé les débuts de l'épisode de la maladie à virus ebola à l'Est de la RDC relève des frustrations induites par le mode de recrutement du personnel de riposte. C'est ce que confirme une autorité de base de Beni quand elle déclare : « *quand le deuxième, le troisième et le quatrième cas étaient observés et nous avons commencé de recommander à l'équipe de la riposte d'employer les personnes locales pour qu'il n'y ait pas de résistance ; ils ont commencé à prendre nos médecins d'ici, de Beni* »

5.4.5. Des morts monnayées

Dans l'acception locale, un enterrement ne doit pas être secret et expéditif. Le processus d'enterrement procède d'un rituel qui part de la visite du corps du défunt par les participants à la mise en terre. Ce rituel prévoit qu'une croix doit être posée sur la tombe, en tout cas pour les chrétiens. Pour le musulman, les femmes ne peuvent aucunement prendre part à l'enterrement. Dans l'un comme dans l'autre cas, l'enterrement est accompagné par une oraison funèbre présente par un « homme de Dieu ».

Au début de l'épidémie, tous ces gestes étaient abandonnés de fait, sans aucune explication à la population. Quelqu'un pouvait venir s'enquérir de l'état de son parent malade et se faire surprendre par une réponse du genre : « *ha ! Celui qui était dans la chambre numéro est mort hier et il a été enseveli hier soir même. Désolé !* ». Une réponse brutale, indélicate et responsable de beaucoup de cas de violence à Beni, Butembo et Mandima, particulièrement. Une fonctionnaire de l'Unicef que nous avons contactée pour un entretien disait⁶ en commentant avec nous une affiche de sensibilisation de la population au sujet de la maladie : « *avec la MVE, tout est ici violent, le contexte est violent, la maladie elle-même est violente, la récupération escortée d'un malade pour l'hôpital, la destruction ou la remise en cendre des effets de malades tout ceci traduit de la violence ; et...même les gestes des accompagnateurs des morts au cimetière sont violents* »

La mise en place de l'équipe d'enterrements dignes et sécurisés visait à réduire cette brutalité caractéristique de cérémonies funéraires. On dit de l'enterrement qu'il est digne si, sans forcément être réalisé selon la tradition d'usage localement, reflète un certain égard envers le cadavre de manière à ne pas vexer les pratiques locales en la matière. En période d'épidémie comme la MVE, il s'agit d'un enterrement sensible au conflit. Entre autres pratiques d'enterrement dans la région, il y a une brève oraison funèbre dite par un « homme de Dieu », la pose d'une croix sur la tombe, la visite du corps par au moins le responsable de la famille du défunt, etc. Bien au début de l'épidémie, les équipes commises aux enterrements se méfiaient de ces pratiques. Et, en conséquence, beaucoup de familles cachaient leurs morts ou fuyaient avec leur macabé pour aller enterrer dignement ailleurs. Il va sans dire que ce comportement a été à la base de beaucoup de cas de contamination.

6 Entretien avec Simone, Unicef, août 2019

Mais en matière de morts, une pratique insolite s'était installée. Il s'agit pour les agents EDS de payer des morts auprès des familles pour justifier le prolongement de leurs contrats. En effet, si une famille vient de perdre un membre à la suite d'une maladie quelconque (pas forcément la MVE), un agent EDS informé pouvait proposer un paiement à la famille éplorée pour qu'elle accepte que le défunt est décédé d'une maladie à signes de MVE. C'est ce que traduit cette citation obtenue d'un focus group organisé à Beni, Mubolyo : « *plus vous signalez des morts plus vous avez de la chance d'être reconduit, c'est ce qui se dit dans les réunions de la riposte* » FG-Beni

Par ailleurs, il s'était observé le financement à l'équipe de riposte augmentait avec le nombre de mort. Les agents impliqués pouvaient donc inflater le nombre de morts pour attirer davantage de générosité de la part des bailleurs. Deux explications peuvent être données à ce comportement. D'une part un nombre élevé de mort est un indicateur que la maladie n'est pas encore maîtrisée et sa maîtrise requiert encore des fonds additionnels ; d'autre part, cela peut un comportement non éthique selon lequel les agents, pour pérenniser leur aubaine, déclare un effectif élevé de morts. Quoi qu'il en soit, tout est comme si les bailleurs de fonds achètent des morts en période d'épidémie. C'est ce que déplorent les participants aux discussions de groupe organisé à Mukulya, à Beni : « *s'il y a un mort c'est que le financement augmente, on devrait inverser, plus des morts plus le fonds diminue* » (FG-Beni)

5.5. Le business de la logistique et violation des procédures

Deux domaines peuvent être relevés pour illustrer ce caractère business dans la logistique : le transport et le secteur immobilier.

5.5.1. Le transport

Plusieurs organisations qui ont été impliquées dans la riposte avaient besoin d'utiliser un charroi automobile à la pointe et adapté aux infrastructures de transport de la RDC dont les routes sont pour la plupart délabrées.

Le choix de ces véhicules était opéré en tenant compte de l'aspect de facilitation du terrain, c'est-à-dire les véhicules dits tout terrain. Ces voitures sont entre autres de marque généralement Toyota : Land Cruiser, HILUX, TX, etc. Stratégiquement, certaines voitures étaient utilisées en raison de leur résistance et de leur disponibilité sur le terrain. Tel est le cas des voitures TOYOTA RAV4. En effet, pour la plupart d'elles, la sélection des véhicules devrait suivre un processus qualifié de « transparent » mais qui, dans le fait, ne l'était pas.

Dans le cadre de la location des véhicules pendant la période de l'épidémie de l'Ebola, les ONG disposaient d'un service ou d'un département logistique. Dans leur manuel des procédures, pour un besoin nécessitant une somme en dessous de 50 dollars, celui-ci est exprimé par demande à la caisse pour être servi. Un besoin qui nécessite une somme équivalente à 50 dollars, le bénéficiaire doit remplir une demande d'achat. Sur base de cette dernière une évaluation est faite avant d'être servi. Entre 50 et 2500 à dollars, le bénéficiaire procède à une cotation de prix. A partir de 2500 à 19000 dollars, il y a nécessité de procéder à un appel d'offre pour avoir au moins trois cotations. Il sied d'indiquer que pour une cotation, les aspects techniques sont primordiaux et une comparaison des prix s'impose pour sélectionner le meilleur offrant. Dès que ces aspects ont été documentés, il faut alors procéder à une argumentation⁷.

7 Il est question ici pour le service de définir la disponibilité, le délai de livraison, le service avant et après-vente, etc.

Cependant, la riposte ayant requis un caractère urgent, la plupart des organisations ont utilisé de dérogations spéciales pour ces différentes procédures au motif d'intervenir rapidement pour raison de sauver des vies. La confusion entre urgence, précipitation a ouvert la voie à la violation des procédures. Pour les véhicules, la procédure suivante a été utilisée de manière générale

1. L'établissement d'un état de besoin en indiquant la durée pendant laquelle les véhicules auront à rendre service. Cette étape est qualifiée de description,
2. L'étape de validation : à cette étape, le bureau approvisionnement valide d'abord et indique la période que prendra l'affiche ou indique de délai, l'adresse et les contacts des personnes auprès de qui recevoir des renseignements. Ces éléments se rapportent à l'appel d'offre. Ce dernier c'est un document adressé au grand public pour avoir réponse au besoin ressentie au sein même de l'organisation avec les moindres détails possibles concernant un bien ou un service dont on a besoin.
3. Appel d'offre : les différents candidats sont invités à postuler en déposant leurs dossiers dans une boîte fermée généralement avec deux cadenas dont les clés sont détenues par différents responsables de l'organisation.
4. Analyse des dossiers effectués par un comité qui est représentatif. Un PV devrait être délabré à l'issue de l'analyse.
5. Le check-in : Il s'agit d'une étape technique qui consiste à analyser la qualité et la marque des différents véhicules. Ceci s'effectue en appréciant l'épave (vue extérieure), le moteur, les pneus, le tableau de bord mais également le confort intérieur et cela pour chaque société qui a postulé. Un autre PV est aussi signé après ce contrôle
6. Etude du prix : avant de décider de la société à retenir, l'organisation procède par l'analyse des documents financiers contenant différentes propositions. Une lettre d'invitation pour la négociation de prix est élaborée et adressée au propriétaire du véhicule et de nouveau un PV de négociation de prix est signé.
7. Attribution des marchés : Le prix ayant été conclu, le marché est attribué à chaque société qui a été retenue qui va signer le contrat. Ce dernier s'effectue après re-vérification des dossiers. D'où le service qualité joue un rôle primordial dans l'analyse. Ainsi, le contrat cadre a servi de guide, il reprend le prix unitaire, la marque de véhicules, le nombre des jours à prester, les responsabilités des parties engagées. etc. Le renouvellement de contrat se faisait selon l'augmentation ou la diminution du besoin. A chaque renouvellement du contrat on procédait à une évaluation.

Si ces étapes ont été respectées par les uns, d'autres en ont profité pour se faire de l'argent. Les trois premières étapes étaient souvent violées. En effet, il faut signaler que dans ce marché s'est observé des cas d'asymétrie d'information. N'étaient informés que ceux qui avaient des connexions à l'intérieur du processus. Ils avaient soit des relations amicales, soit professionnelles, soit encore de parenté. D'autres ont été carrément des agents de la riposte ou des autorités politico-administratives qui ont usé de leur influence pour aligner des véhicules en utilisant des prête-noms.⁸ Certains offreurs avaient accès à des informations que d'autres n'avaient pas, ce qui leur permettait de se préparer à l'avance pour réunir les conditions. Ceci a aussi permis à d'autres d'aligner plusieurs véhicules dans la riposte. Dans un entretien réalisé par un opérateur économique de Butembo, ce dernier a aligné d'abord 5 véhicules au début de la riposte et a pu importer 5 autres dans les trois mois qui suivent. Ce

⁸ Lire à ce propos Emmanuel Freudenthal et Joao Coelho, *En RDC, la Riposte de l'OMS rattrapée par l'«Ebola business»*, disponible sur https://www.libération.fr/planete/2020/02/04/en-rdc-la-riposte-de-l-oms-rattrapee-par-l-ebola-business_1776970

qui l'a amené à 10 véhicules dans le système à Butembo et à Beni. Ces connexions amicales voire familiales expliquent pourquoi beaucoup des véhicules ont été fournis par des opérateurs économiques basés à Goma. La résistance communautaire a été expliquée en partie par une grogne des opérateurs économiques locaux qui ont parfois manipulé les jeunes pour se soulever contre le processus. S'agissant de l'étape du contrôle technique ou check-in, les autorités ayant usé des prête-noms ont aligné des véhicules sans passer par les contrôles techniques.

Les revenus que générait le secteur a attiré des individus qu'on appelait des commissionnaires. Il s'agit des individus qui se sont constitués en intermédiaires de commerce agissant à leurs noms mais pour le compte d'autres personnes. Ces commissionnaires devraient canaliser tous les véhicules dans le processus puisque personne ne pouvait plus soumissionner individuellement. Ceci a permis aux commissionnaires de percevoir des commissions variant de 10 à 20% du prix de location. Dans un entretien réalisé avec une dame ayant fourni un véhicule pendant six mois à la riposte, celle-ci affirme avoir signé une décharge en faveur de la personne qui a facilité la sélection de sa voiture dans la riposte. Dans cette décharge on peut lire « je reconnais avoir une dette de xxx à payer pendant six mois en raison de 600 dollars par mois »⁹. Pour renouveler son contrat qui devrait faire une année complète, il lui a été demandé de payer anticipativement la valeur de deux mois, soit 4800 dollars pour espérer bénéficier d'un contrat, chose qu'elle a refusé puisqu'il n'était pas sûr que la riposte fasse encore une année.

5.5.2. Le secteur immobilier et hôtelier

Ce secteur a été très sollicité pendant la riposte. Il s'agit des maisons et hôtels qui ont été réquisitionnés soit comme bureau soit comme logement pour le personnel national ou expatrié travaillant dans la riposte. Ces maisons ou hôtels ont été utiles pour des réunions et conférence de la riposte contre Ebola. Si pour la plupart d'hôtels qui ont obtenu le marché, c'est l'équipe de riposte qui venait souvent elle-même négocié avec le propriétaire sans procéder à un appel d'offre, les maisons d'habitation ont fait l'objet des intermédiaires qui devraient percevoir des commissions pour avoir mis en contact certaines organisations avec les propriétaires.

La plupart d'hôtels ont des tarifs variant de 30 à 100 \$ américains. La facturation a été aussi une aubaine pour les agents de riposte. Certaines chambres ont vu leurs prix doublés.

6. Conclusion and recommandations

Cette recherche a mis en exergue les perceptions négatives que les populations des zones affectées par le dixième épisode du virus Ebola avaient sur la qualité des soins, le comportement des équipes de la riposte et sur la dimension économique de cette riposte.

La RDC a connu neuf épidémies qu'elle a réussi à vaincre ; et la dixième, celle survenue dans la région de Beni a été d'une extrême violence, elle est marquée par une forte résistance et se présente avec un taux de létalité relativement élevé. Ce rapport a pour objet de présenter quelques résultats d'une recherche réalisée dans la zone affectée par la maladie à virus Ebola, dans la province du Nord-Kivu, en République Démocratique du Congo (RDC). Cette recherche a été entièrement qualitative et a porté sur un échantillon de ville/villages comprenant : la ville de Beni, Mangina, Mandima et Kayna.

⁹ Entretien réalisé avec une dame de Butembo ayant fait louer sa voiture dans la riposte en novembre 2019

Des groupes de discussion avec des personnes sélectionnées pour leur position pertinente dans la zone à épidémie ont été organisés et des interviews semi-directives ont été tenues avec quelques détenteurs d'enjeux de la région. Les groupes de discussions pouvaient concerner les femmes commerçantes, les membres du personnel de santé, les jeunes journalistes, les jeunes, les moto-taximen etc. Les interviews ont été tenues avec des acteurs-clés dans le mécanisme de la riposte. Il pouvait s'agir des médecins soignants, des chargés de communications, des autorités de base, des leaders religieux, etc. Au total 124 individus ont pris part à l'enquête.

Les données ont été principalement collectées sur la base d'un enregistreur et, partant, ont donné lieu à la transcription. Si les données pouvaient être en swahili ou en français, tous les transcripts ont été faits en français par une équipe spécialisée.

Pour se rassurer de la qualité des données, celles-ci ont fait l'objet de deux ateliers, à Goma et à Berlin. L'atelier de Goma a permis de sortir, sur la base de premières données, les thèmes émergents, et celui de Berlin a servi non seulement à compléter la liste des thèmes émergents des données, mais surtout à l'écriture de quelques projets d'articles que les données elles-mêmes pouvaient suggérer.

Parmi les thèmes qui ont pu émerger de différentes phases d'analyse des données, la perception de la qualité de soins, la perception du comportement des agents, et la dimension économique de la réponse à la maladie à virus Ebola font l'objet de ce rapport. A cet égard, il se dégage que le fait que les autorités publiques d'alors n'avaient plus la confiance de la population a été un écueil à la réponse à la MVE. Toute initiative prise par l'autorité publique dans le sens d'amener au changement de comportement de la population était carrément rejetée par celle-ci. Le partenariat OMS-Ministère de la santé ne pouvait donc être facile dans un contexte où la population était déjà exaspérée par les animateurs du pouvoir politique d'alors.

Dans cette perspective, certains informateurs clés rencontrés au moment de la collecte des données, rejetaient complètement l'existence de la maladie, d'autres pensaient que c'était une création des blancs en connivence avec le pouvoir de Kinshasa pour exterminer la population Nande, très opposée régime de Kabila ; d'autres enfin pensaient que c'était une fabrication des ONGs pour pouvoir gagner suffisamment d'argent ; il n'était pas rare d'entendre dans les rues de Beni et Butembo, le concept de « No Ebola, No Job ».

Toujours au sujet de la perception des soins, il s'est observé un comportement de peur dans le chef de la population. Celle-ci avait peur de tout ; elle avait de la maladie, de la procédure de prise en charge du malade, et des structures d'accueil et même de survivants à la maladie. La peur de la maladie s'explique par le fait qu'elle est nouvelle, grave et sans cause plausible dans le vécu de la population. Tout est comme si la maladie relève d'une conspiration (théorie du complot) contre un peuple connu, le Nande. La peur de la procédure de prise en charge relève du fait que pour récupérer un présumé malade, un convoi de plusieurs véhicules, escorté par des policiers, est mobilisé. Et c'est avec une vraie brutalité qu'on détruisait tout ce qu'un malade avait touché. La peur des structures, les très connus CTE, CTT, CT etc., des concepts nouveaux dont le sort des malades dépend. Il se disait par-là que l'on y va sans espoir d'en sortir. Autrement dit, ces structures sont des véritables mouiroirs qu'il convient d'éviter. On y meurt, non pas de la maladie, mais d'autres tripotages qu'une curieuse créature vient faire sur le malade. Une curieuse créature, non autrement présentée, qui en fait est le personnel soignant, habillé en combinaison de protection au point de ressembler à un astronaute. Des astronautes

dans cette contrée, on n'en connaît pas, et même si on en connaissait, on n'en connaîtrait pas qui soignent des malades.

Il ressort de ce développement que la peur qu'a inspirée la réponse à Ebola au Nord Kivu et en Ituri, et la psychose qui s'en est suivie découle un système de communication tout simplement raté. Certains membres du staff de la riposte, en particulier celui en charge de la communication et de la sensibilisation, n'étaient même pas en mesure d'expliquer correctement les symptômes de la maladie. Celui-ci aurait-il été bien conçu et relatif à toutes les composantes ou étapes de la Réponse, la peur aurait cédé à l'appropriation ; l'administration des soins aurait connu de succès énormes.

Enfin, le comportement affairiste des beaucoup d'acteurs impliqués dans la riposte est un autre écueil de la riposte. Ce comportement est tel que, dans certains cas, le recrutement à certains postes est monnayé et ne prend pas en compte les exigences du poste. Certains interviewés ont confirmé qu'à la place des sensibilisateurs, on voyait des chauffeurs ou des maçons. Nous-mêmes, nous avons eu à rencontrer au CT de Beni un hygiéniste de formation de juriste. Pour laisser un parent ou un ami profiter de l'aubaine générée par la Réponse à Ebola, on pouvait ignorer les exigences de certains postes. D'ailleurs, il est connu que pour la même raison, le Ministre de la santé d'alors, Monsieur Ilunga, avait embauché sa propre fille, comme chargée de la communication de tout le programme.

Pendant que certains agents de la Réponse à Ebola disaient « no ebola, no job », les commerçants locaux à Butembo et Beni, se gênaient d'être en train de rater l'opportunité économique que présentait l'épidémie dans leur zone. La plupart des marchés (location véhicule, médicaments, autre équipements...) se faisait à Goma, Bukavu ou Kinshasa. Pendant ce temps, les agents impliqués dans la riposte vivaient fastueusement leurs vies à Beni, Butembo, Kayna... Par exemple, il n'était pas rare d'apprendre, de la part de nos enquêtés, que pour acheter une bière de moins d'un dollar, il présente un billet de cent. A bien des égards, cet état de choses a été source des frustrations et, peut-être, cause de la résistance observée dans la région.

Sur base de nos résultats, nous pouvons formuler les recommandations suivantes, nous nous basant sur les leçons apprises lors de la dixième épidémie d'Ebola à l'Est de la RD Congo :

1. Ebola n'était qu'une des situations d'urgence dans le nord-est de la RDC
Pour espérer gagner la confiance de la communauté, l'approche centrée seulement sur une crise de santé publique comme Ebola et ignorer les autres problèmes de la communauté n'est pas efficace. Des efforts doivent être faits pour s'assurer que la réponse médicale va au-delà de la lutte contre la maladie, les soins fournis doivent être globaux
2. L'engagement de la communauté doit constituer la pierre angulaire de toute réponse, sinon la méfiance, la colère, la manifestation et les conflits violents peuvent miner la riposte :
L'implication des dirigeants et des acteurs locaux qui ont la confiance des communautés est cruciale pour garantir que les communautés adhèrent aux mesures de protection et acceptent la riposte
3. Les soins devraient être décentralisés :
La décentralisation des soins pour les patients suspects d'Ebola n'est pas seulement une stratégie médicale efficace pour identifier et traiter rapidement les personnes

infectées, mais s'avère également être un outil important pour renforcer la confiance de la communauté.

4. Le respect des patients est fondamental :
Même dans les situations nécessitant une action urgente et ayant des implications majeures pour la santé publique, les patients Ebola (cas suspects et confirmés) doivent être soignés et respectés comme tout autre patient, et non traités comme des menaces biologiques.

5. Recrutement du personnel et attribution des marchés :
 - e.1. le recrutement du staff qui va travailler dans la riposte doit se faire avec la plus grande transparence en procédant par toutes les étapes traditionnelles de processus de sélection : pour un pays à taux de chômage élevé, la transparence d'un tel processus constitue une garantie de confiance et réduire la tension qui émerge en pareil circonstance. Pour certains postes qui ne requièrent pas une grande compétence et expertise, privilégier un recrutement local ou communautaire.
 - e.2. En ce qui concerne l'organisation des marchés pour des commandes ou des véhicules à louer, il est recommandé de tenir compte des aspects contextuels. Pour des commandes des médicaments ou des équipements lourds et délicats, procéder par des appels d'offres au niveau national ; mais pour des voitures à louer, du carburant, les appels d'offres peuvent être provinciaux ou même locaux