

Réponse et Contre-Réponse

Soins formels et informels pendant l'épidémie Ebola au Nord-Kivu

Suluhi Working Paper No. 7 | Serge Kambale Sivyavugha



(© Rossy Mbueki 2019)

Between 2018 and 2020, the Democratic Republic of the Congo's (DRC) tenth Ebola epidemic occurred in Beni area. Compared to previous outbreaks, it was unprecedented in size and triggered a large-scale Response effort. In parts, the Response consisted of mechanisms to monitor the spread of the disease and take charge of suspects and patients. These mechanisms, supported in large part by international organizations, intervened on top of a fragile and weakened domestic health system and resorted to unorthodox procedures. Coupled with unsuitable methods, this prompted suspects and patients to escape the Response and resort to informal structures – affecting the rate of spread, the morbidity and deadliness of the epidemic. This article describes the context in which the epidemic arose, presents the architecture of the Response, and discusses some of its shortcomings. It finds that a “counter-Response” emerged and coexisted alongside government and international efforts, thereby creating a hybrid system in the wake of DRC 10th Ebola outbreak.

November 2021 | www.suluhi.org



Introduction

La dixième épidémie Ebola en République démocratique Congo (RDC) a été déclarée urgence sanitaire mondiale par l'OMS en août 2018. Il s'agit là de la vaste épidémie du pays et de la deuxième plus importante du monde. Depuis son début, 3444 cas (3 310 confirmés et 134 probables) ont été recensés et 2264 décès enregistrés, selon le bilan de l'OMS. Souvent, une réponse permet de maîtriser l'épidémie en environ 2 mois lorsque les activités sont correctement menées et que la communauté s'approprie la réponse. Tel fut le cas lors de la quasi-totalité des épidémies antérieures en RDC.

Mais ce qui est très particulier à cette épidémie est qu'elle survient dans une zone de conflit armé où plusieurs groupes armés rebelles rendent les actions de santé publique (d'investigation et de suivi de contact) très difficile. Cela entraîne la non-maitrise des certaines chaînes de transmission qui pourrait conduire au non-contrôle de l'épidémie. Ce contexte de conflit occasionne une autre conséquence : il produit une perte de confiance de la population envers les autorités et un faible engagement communautaire aux mesures préconisées par les autorités. Cette faible confiance de la communauté est un des éléments à la base de la résistance dans les zones urbaines touchées (Ahuka et al. 2018).

Le contexte était aussi dominé par la chaleur électorale dont le point culminant a été la décision de reporter les élections à Beni et Butembo au motif d'éviter la propagation du virus Ebola par l'usage de la machine à voter. Sur le plan sanitaire, tout a commencé alors que les prestataires de santé étaient en grève administrative. Celle-ci visait à exiger le paiement de la prime de risque aux infirmiers dans les 12 zones de santé de la partie Nord de la province du Nord-Kivu qui venaient de totaliser trois mois d'arriérés. Pendant cette grève administrative les activités se poursuivaient normalement dans les structures de santé mais aucun rapport n'était transmis à la hiérarchie.

En mai 2018, il avait été constaté des malades avec des signes évocateurs de la Maladie à virus Ebola (MVE) mais l'on n'avait pas pensé à cette maladie : personne d'entre les personnels médicaux de la place n'avait auparavant soigné ni vu de patient Ebola et la maladie ne s'était jamais produite dans cette partie du pays. D'autant plus, cette région ne figurait même pas sur la liste des zones de santé à risque de la MVE établie par la Direction de Lutte contre la Maladie suite à une enquête réalisée en 2016. Les formations antérieures sur la MVE étaient pour la plupart, concentrées aux provinces de l'ouest du pays considérées à priori à risque de la MVE. Le nombre élevé de personnel de santé contaminé est un des indicateurs de cette méconnaissance de la maladie et du faible niveau d'hygiène et de contrôle



de l'infection dans les institutions hospitalières et le retard de la détection de la maladie témoigne du faible niveau de surveillance (Ahuka et al. 2018). C'est le cas de « Dr Moses » (tous les noms utilisés dans cet article sont des pseudonymes) qui travaillait dans au Centre de Santé (CS) Mangodomu où il avait contracté la maladie après avoir soigné une femme de 22 ans qui était venu avec des saignements de nez. Elle était passée chez un tradipraticien parce que sa famille soupçonnait une intoxication au *karubo* (Kyolo et al. 2018), terme global pour différents poisons dans la région.

Une réponse globale vis-à-vis de l'épidémie fut donc mise en place avec en son sein un système de prise en charge spécifique de la maladie, constitué des centres de transit (CT) et des centre de traitement Ebola (CTE), mais cela n'avait pas empêché nombreuses personnes de se faire soigner dans un circuit en dehors de ce système de réponse. Dans cette étude nous rappellerons brièvement l'historique de la MVE et les habitudes thérapeutiques qui constituent le soubassement de la prise en charge informelle de la population du *Grand Nord Kivu* – même en période d'épidémie. Il sera ensuite question d'analyser les méthodes utilisées par la Riposte dans la recherche des cas suspects et le système de triage dans les structures primaires avant de donner une conclusion. Notre recherche s'est basée sur les données de terrain recueillies par des techniques d'observation, d'entretiens et de documentation. Elle démontre que le système sanitaire global de la RDC ainsi que la Riposte Ebola ont eu un impact négatif sur l'appropriation par la population de services mis en place.

Historique du système de santé de la RDC

Pendant la colonisation, le système de santé du Congo avait une visée essentiellement économique et politique. Il fallait assurer la santé de la main d'œuvre congolaise pour sa productivité dans les champs et les mines au bénéfice du roi Léopold II et de la Belgique. Le système sanitaire était aussi un instrument de contrôle d'une population qu'il fallait maîtriser. Les soins de santé n'étaient pas un droit ou un bien public ; au contraire, la biomédecine a été fournie, et mandatée, pour maintenir les travailleurs des plantations de caoutchouc en condition de travail, pour augmenter la fertilité et la procréation des femmes congolaises pour la prospérité des plantations, et pour minimiser les effets des maladies infectieuses (y compris la syphilis) sur les colons belges qui dirigeaient les plantations. Des moyens coercitifs et souvent brutaux ont été utilisés pour s'assurer que les sujets congolais quittent les guérisseurs traditionnels et commencent à utiliser les cliniques et hôpitaux gérés par la Belgique (Hunt 2008 ; Hunt 2016). Bien que peu de Congolais aient des souvenirs spécifiques du régime biomédical



violent de cette période, la préférence générale pour les guérisseurs traditionnels en RDC trouve ses racines dans ce mariage de la biomédecine avec le colonialisme de l'époque.

Les soins de santé étaient organisés en réseaux de 10 à 15 centres sanitaires (dispensaires) qui s'articulaient autour d'un hôpital. Chaque dispensaire pourvoyait les soins de première ligne à quelque 10,000 personnes. Infirmiers congolais mais aussi sages-femmes, assistants médicaux, etc. s'occupaient des soins de base (accouchements, soins pré- et postnatals, maladies générales, etc.). Pour les soins plus complexes, les patients étaient renvoyés vers un hôpital où des médecins belges officiaient avec leur personnel congolais. A la veille de l'indépendance la RDC avait un des systèmes de santé des plus performants en Afrique qui a même été pris pour modèle par l'OMS.

La première décennie du règne de Mobutu Sese Seko a été caractérisée par une prospérité relative, ce qui a permis de ré-imaginer et de redéfinir la relation entre État et soins de santé. Alors que Mobutu s'efforçait de débarrasser le pays des vestiges de la colonisation, il a investi d'importantes ressources dans le développement d'un système de santé nationalisé qui se concentrait sur les soins primaires. En 1975, la première conférence nationale sur la médecine communautaire s'est tenue et le régime de Mobutu a commencé à travailler à la conception d'un système de santé décentralisé (Bwimana 2017). Les exploits réalisés se sont effrités dans les années 1980 dû au manque d'investissement, la mauvaise gestion et la corruption (Kambamba 2012). D'un point de vue structurel, les acteurs non étatiques, d'abord sous la forme de l'église puis sous celle des ONG, ont de plus en plus contribué de manière significative à la fourniture de soins de santé en RDC. Même au plus fort du système de santé nationalisé en RDC, les soins primaires dans deux tiers des zones de santé étaient soutenus par le programme Santé Rurale (SANRU) de l'USAID, l'Église du Christ au Congo (ECC) et Interchurch Medical Assistance (IMA) pour en nommer certains (Kintaudi et al. 2015).

Il est toutefois important de noter qu'à cette époque, l'État zaïrois a conservé un rôle important dans le financement et de la fourniture des soins de santé : c'est le gouvernement national qui a établi les priorités en matière de santé publique et qui a dirigé les acteurs non étatiques dans leurs activités liées à la santé. Lorsque l'effondrement de l'État est devenu plus imminent dans les années 1990 et que les ONG internationales sont entrées en masse, le rôle de l'État dans les soins de santé s'est limité à « un cadre juridique pour les acteurs non étatiques » (Bwimana 2017). Alors que la politique nationale de santé est restée inchangée, les priorités en matière de santé ont été définies par les donateurs. Les donateurs ont introduit un financement vertical, spécifique à la maladie, et le système public est devenu un patchwork de financement pour les programmes visant à cibler des populations touchées par le



VIH, la tuberculose, le paludisme et les violences sexuelles (Dijkzeul 2003 ; Fox et al 2014). La période 1987–1991 est celle du fléchissement de l'enthousiasme des partenaires pour l'extension de la couverture en ZS fonctionnelles. Les années 1990 se caractérisent par des aides humanitaires et des opportunités manquées jusqu'à la chute de Mobutu en 1997 qui sonnera le glas des grandes guerres jusqu'en 2003. Depuis cette période, le gouvernement n'a pas encore repris son rôle de leader, que ce soit dans la fourniture de soins ou dans l'élaboration d'une approche axée sur la santé primaire. Dans un rapport de 2012, la Banque mondiale a estimé que 99,1 % de l'ensemble du financement de la santé publique était assuré par des sources privées et non gouvernementales (Janzen 2019).

En effet, la majorité du système de santé est financée par les utilisateurs des soins de santé eux-mêmes sous la forme de frais d'utilisation. Ainsi, les utilisateurs finaux, déjà rendus vulnérables par la guerre, la pauvreté et l'effondrement économique en RDC, financent la majorité de leurs propres soins de santé (Porignon et al. 1998). En effet, les crises politiques multiples qu'a connu le pays au cours des décennies ont négativement impactées l'économie ainsi que d'autres secteurs comme la santé. Ainsi, l'Etat n'assure plus les soins de santé à la population qui se prend en charge dans un système dominé par le paiement direct, la prolifération des structures sanitaires privées, la sous-utilisation des services de santé et la non-maitrise du système sanitaire général par l'Etat. C'est dans ce contexte, que la dixième épidémie d'Ebola dans le pays a été déclarée en août 2018.

Historique de la maladie

Le virus Ebola a été identifié pour la première fois dans les années 1970 dans un hôpital missionnaire adjacent à la rivière Ebola au Zaïre (aujourd'hui RDC). Une vingtaine d'épisodes ont ensuite suivi, principalement dans des zones isolées des forêts d'Afrique centrale. L'exception a été un épisode urbain à Gulu, dans le nord de l'Ouganda, en 2000. Une flambée de MVE aux marges de la ceinture de forêts tropicales de l'Afrique de l'Ouest en République de Guinée, débutant en décembre 2013, s'est rapidement transformée en épidémie, affectant trois pays en particulier : la Guinée, le Libéria et la Sierra Leone (Richards et al. 2019). Après que la première flambée de MVE en RDC a été signalée à Yambuku, dans la province de l'Équateur, un autre cas isolé s'est produit en juin 1977 : une fille de 9 ans vivant à Tandala, une localité située à 325 km de Yambuku. En 1995, l'épidémie est réapparue dans la ville de Kikwit et ses environs, dans la province de Bandundu. Celle-ci était d'une plus grande ampleur, caractérisée par une incidence et une létalité élevées. Depuis lors, plusieurs autres épidémies



se sont produites dans la zone de santé de Mweka, province du Kasai oriental, dans la zone de santé d'Isiro, province Orientale, et dans la zone de santé de Boende, province de Tshuapa (ex-Équateur).

La région de Beni est l'épicentre de la dixième épidémie dont le début remonterait au mois de mai 2018 alors que la notification de celle-ci par le Ministère national de la Santé Publique à l'OMS n'a eu lieu que le 1er Août 2018. Certains essayent d'expliquer ce délai par la grève qu'observaient les agents médicaux de cette région au moment du déclenchement de la maladie avec pour conséquence que la maladie s'était rependue sans qu'elle ne soit ni identifiée ni déclarée officiellement. Ainsi, la maladie a eu le temps de se disséminer de Mangina, d'où le patient indexe (le tout premier à tomber malade dans l'épidémie) était originaire, jusqu'à Butembo en passant par Beni avec un prolongement, jusqu'en province de l'Ituri. Des cas isolés avaient été déclarés à Goma et au Sud-Kivu (Mwenga). Pour contrer la maladie, un système de réponse aux allures militaire et appelé, non sans raison, la *Riposte* a été mis en place avec en première ligne des ONG et organisations internationales.

Les habitudes thérapeutiques avant l'épidémie Ebola

Il est avant tout important de comprendre les modalités par lesquelles les populations de la région de Beni se font soignées lorsqu'ils sont malades. En effet, quand ils tombent malades, les gens de cette région ont comme premier réflexe d'aller dans une pharmacie pour s'y procurer des médicaments. Tout le monde ou au moins une personne dans la famille sait faire correspondre les médicaments aux signes des maladies les plus habituels. Une femme a déclaré que « si tu ne connais pas le médicament à prendre pour ta maladie, tu vas dans une pharmacie, expliques comment tu te sens et le tenancier saura te donner le médicament qui correspond à ta maladie ». Ce phénomène est courant au point qu'il y a un nombre assez grand de ces pharmacies dans chaque agglomération de la région de Beni. Il sied de dire qu'une prescription médicale n'est pas exigée pour un achat de médicaments.

Dans le cas où la maladie a persisté malgré la prise des médicaments achetés dans une officine pharmaceutique, certaines personnes recourent à des structures qui ne proposent que des examens de laboratoire. Dans ces dernières structures le prestataire, qui est presque toujours un infirmier ayant suivis la filière des techniques de laboratoire au sein d'une institution supérieure d'études médicales, fait des analyses de routine à l'issue desquelles il présume un diagnostic puis prescrit un traitement y afférant. C'est donc avec cette prescription que l'on devra aller à la pharmacie pour acheter les médicaments. La prolifération des services médicaux extra-étatiques est également le résultat de



l'absence générale de réglementation concernant l'ouverture d'établissements de santé privés, qui permet au grand public de pouvoir offrir des services de laboratoire, des produits pharmaceutiques, et même des services aux patients hospitalisés sans aucune licence ou formation officielle en matière de santé ; ainsi que de la poursuite de la formation privatisée et à but lucratif où la capacité à employer ces praticiens après leur formation fait défaut (Groupe d'Etude sur le Congo 2020).

Et s'il arrive que ne l'on a pas de quoi payer pour les examens de laboratoire ni pour se procurer des médicaments, l'autre alternative est de recourir à des substances dites « indigènes ». Il peut s'agir des plantes médicinales, des produits synthétiques ou des extraits d'origine animale. Dans ce domaine, la maîtrise des médicaments correspondants aux maladies ou signes spécifiques n'est pas donnée à tout le monde. Les habitants des milieux ruraux ainsi que les personnes âgées possédant le plus des connaissances dans ce domaine. Certaines maladies spécifiques comme « l'intoxication au poison » ou l'épilepsie font orienter vers les maisons des praticiens traditionnels. En effet, dans la conception populaire, il y a des maladies qui ne peuvent être soignées que chez cette catégorie des soignants, sinon l'issue sera fatale. C'est ainsi que quelqu'un qui pense avoir été empoisonné ne pourra jamais aller se faire soigner ni dans un centre de santé moins encore dans un hôpital de référence. Il est de notoriété publique que le *karubo* se soigne dans des centres des tradipraticiens et nulle part ailleurs, même si l'efficacité des antidotes administrés n'a jamais été scientifiquement démontrée.

Les malades qu'on fait soigner chez les praticiens traditionnels sont ceux qui ont des maladies réputées être du ressort des sortilèges. Le traitement de ces maladies ne peut donc que faire recours aux éléments de la nature brute comme des plantes médicinales et est confié qu'aux initiés. Quelques fois on fait recourt au praticien traditionnel, sur recommandation du personnel médical (CASS 2019). Un tradipraticien interviewé à Beni a affirmé recevoir des patients lui transférés par des médecins lorsque ceux-ci constatent que la maladie en question n'est pas du ressort de la médecine moderne. D'autres s'orientent vers des maisons de prière. Le traitement dans ces lieux c'est la prière, l'eau ou l'huile bénite, l'imposition des mains. Bien que les maladies pour lesquelles on prie soient surtout celles qui sont considérées comme étant d'émanation diabolique, comme par exemple des maladies mentales, il n'est cependant pas rare que des gens viennent dans des maisons des prières pour d'autres maladies. L'idée selon laquelle toute maladie est l'œuvre du diable est très répandue. Lors d'une de nos observations, une fille avait fait le témoignage suivant : « Je remercie Dieu parce que la semaine passée, mon petit frère est tombé malade et alors qu'à l'hôpital on avait dit que sa maladie nécessitait une intervention chirurgicale, nous l'avions emmené à la prière et il est guéri ».



Enfin, on a les centres de santé et les hôpitaux modernes comme autres lieux de recours en cas de maladie. On va souvent dans ces structures en dernier ressort, lorsqu'on a tenté en vain une ou plusieurs des options précédentes. Cela dépend autant de la capacité à s'acquitter de la facture des soins que de la considération qu'on a de ces structures. Lors d'un entretien, une femme à l'aire de santé de Tamende, avait suggéré que ceux qui partent dès le premier malaise dans un centre de santé ou un hôpital sont soit des abonnés d'une mutuelle de santé payée par l'employeur du malade, soit que celui-ci est suffisamment stable économiquement pour ne pas se soucier du cout des soins. Le nombre de ceux qui sont dans cette catégorie est minime étant donné la pauvreté de la population dans la région de Beni, du au sous-développement économique et sanitaire (Epelboin 2014).

De ce qui précède, l'on comprend que les enjeux majeurs permettant de choisir où aller quand on est malade sont : la capacité financière, la conception ou la croyance qu'on a vis-à-vis de la maladie et la considération qu'on se fait de telle ou telle autre structure de soin. La qualité des soins attendus n'est donc pas le seul critère qui dicte le choix. Le fait que les Congolais continuent à fréquenter les structures informelles de soin en dit long sur le sentiment général de désespoir dans le pays, et son quotidien autrefois nommé « interlude apocalyptique » (De Boeck 2005). Certains préfèrent les pharmacies aux CS à cause des frais négociables. Pour ce qui est de l'automédication par des produits indigènes, il n'y a rien à déboursier comme frais de soins et les soins chez les praticiens traditionnels sont généralement moins coûteux. Les tradipraticiens permettent de payer après guérison et à la mesure de vos moyens : une poule ou de l'argent symbolisant un bien de valeur culturelle (CASS 2019). Cela n'est pas le cas dans les structures sanitaires modernes où dès l'arrivée il faut payer des frais de consultation. Il faut aussi voir dans le recours à l'automédication par des produits indigènes et aux tradipraticiens, une forme de révolte contre tout ce qui s'affiche comme provenant de l'Occident et qui porte les germes de la colonisation quand on sait qu'à cette époque des moyens coercitifs et brutaux ont été utilisés pour s'assurer que les sujets congolais quittent les guérisseurs traditionnels et commencent à utiliser les cliniques et hôpitaux belges (Hunt 1988). Dans les maisons de prière il n'y a pas non plus de frais quelconque exigés sauf offrande volontaire. Toutefois, il faut dire qu'il a de plus en plus des tradipraticiens ainsi que des maisons des prières qui commencent à demander des montants pour rançonner leurs patients ; mais cela reste tout de même informel et ne saurait être comparé à ce qui se passe dans des structures formelles où les frais sont fixes. Ces alternatives de soins, sont devenues une habitude qui n'a pas beaucoup changé même quand les soins ont été rendus gratuits pendant l'épidémie d'Ebola.



Les habitudes thérapeutiques de la population pendant l'épidémie d'Ebola

Pendant l'épidémie, les gens continué de se faire soigner comme ils le font d'habitude. Les signes de la MVE étant apparentés à ceux des autres maladies habituelles : maux de tête, mal de gorge, fatigue, fièvre ; les patients sont donc allés acheter des médicaments contre ces symptômes. Dans la lutte contre Ebola en Guinée, Cissoko (2010) faisait observer que cette habitude se poursuit en période d'Ebola, non pas comme un refus ou un rejet à priori catégorique des consignes officielles médicales, mais comme une pratique enracinée dans les habitudes, et qui ne laisse aucune dérogation à Ebola.

Dans l'un de nos entretiens avec « Dr Moses », une des premières victimes de la MVE, il avait avoué qu'au début de la maladie, il pensait souffrir de la malaria et avait pris des antipaludéens sans amendement des signes ; c'est ainsi qu'il pensa à la fièvre typhoïde et là encore il a commencé à prendre un traitement fait d'antibiotique, toujours sans amendement des signes. Dans l'expérience de Kikwit, des chercheurs disent avoir soupçonné au début un diagnostic d'infection à la « shigella » (bactérie pathogène provenant des primates et responsable d'une diarrhée glaireuse et sanguinolente) car de nombreux patients présentaient une diarrhée sanglante avant que les résultats de laboratoire aient permis d'exclure la shigella comme cause (Muyembe et al. 1999). Certains malades avaient pris des produits indigènes et d'autres étaient partis dans des laboratoires. C'est le cas du centre Eben Ezer se trouvant dans l'aire de santé de Kanzuli qui avait accueilli un enfant accompagné par sa mère pour des examens. Ces derniers réalisés et une prescription faite par le prestataire, l'enfant avait pris les médicaments mais sa santé ne s'améliorait pas. L'enfant avait ensuite été emmené dans un centre traditionnel où il avait rendu l'âme. L'équipe de Riposte avait réalisé un prélèvement post-mortem. Le résultat fut positif et les structures dans lesquels cet enfant était passé avaient été fermées durant 21 jours. Et toutes les personnes qui étaient passées au laboratoire Eben Ezer entre le passage de cet enfant et sa mort avaient été listées comme des contacts puis suivies pendant 21 jours. Pendant l'épidémie, d'autres patients allaient carrément dans des maisons de prière puisque la MVE était considérée comme une maladie démoniaque (Boiro & Anoko 2019).

Ceux qui étaient partis aux centres de santé et dans des hôpitaux et qui présentaient des signes de la MVE étaient conduits aux CTE pour le test et s'il arrivait que le résultat revienne positif, ils y étaient gardés. Malheureusement, comme au début de l'épidémie, le traitement spécifique d'Ebola n'avait pas encore été mis au point, le taux de mortalité aux CTE était très élevé avec pour conséquence la peur



du CTE (considéré comme un mouvoir) et la prolifération des rumeurs autour d’Ebola et de ses structures de prise en charge. Ainsi ce sont quatre facteurs principales – les habitudes à se faire soigner en dehors du circuit hospitalier suite au manque des moyens pour supporter les soins, la conception qu’ont les gens de certaines maladies, la considération qu’on se fait des structures sanitaires dites modernes ainsi que la peur des CTE suite à la mortalité accrue enregistré surtout au début de l’épidémie – qui ont expliqué le recours au circuit extra-riposte pendant l’épidémie.

La configuration de la Riposte

L’objectif général de la Riposte était d’interrompre la transmission de la maladie à virus Ebola dans les Provinces du Nord-Kivu et de l’Ituri et éviter sa propagation. La configuration de la Riposte comprend était basé sur plusieurs piliers : la surveillance, les points d’entrée, la prise en charge médicale des malades et cas suspects, le suivi des guéris, la prévention et le contrôle de l’infection, la vaccination, les enterrements « dignes et sécurisés », la communication enfin et la prise en charge psychosociale. Dans cet article notre regard sera axé sur le travail des commissions de surveillance et la prise en charge afin d’y déceler quelques faiblesses et échecs de la Riposte.

La recherche active et un suivi des contacts militarisés

La surveillance, définie dans le règlement sanitaire international de 2005 comme « la collecte, le rassemblement et l’analyse systématiques et continus de données à des fins de santé publique et la diffusion en temps utile d’informations de santé publique en vue de l’évaluation et de l’intervention de santé publique en cas de besoin », est un élément essentiel de la gestion des épidémies (Muyembe et al. 2019). Dans la Riposte Ebola à Beni, la surveillance a consisté en une machine gigantesque. Cette machine se chargeait de la recherche, de l’investigation, du suivi des contacts et des visiteurs, mais aussi du contrôle des points d’entrés. Les activités clés à mettre en œuvre dans la commission de surveillance consistaient à assurer les alertes, l’investigation rapide des alertes validées et des cas, le listage ainsi que le suivi des contacts et leur recherche active. La communication d’alertes devrait émaner de plusieurs sources, y compris des relais communautaires, leaders communautaires, équipes de surveillance qui menaient des activités de recherche active dans les établissements de santé.

Le suivi des contacts avait pour rôle quant à lui d’identifier les nouveaux cas le plus vite possible afin d’augmenter les chances de survie de ces patients grâce à une gestion précoce, et limiter leur période



infectieuse dans la communauté et réduire ainsi le risque de transmission. La recherche active se fait dans les centres de santé et les centres traditionnels. Chaque matin, les équipes de recherche active passaient pour vérifier les carnets de santé, les registres des structures et faire des tours de salle dans le but d'identifier les patients qui présentent des signes pouvant faire penser à la MVE. Si, lors du contrôle dans les registres ou pendant les tours de salles organisés par l'équipe de recherche active, un cas attirait l'attention des agents, ils feront appel aux investigateurs qui sont des médecins pour que ceux-ci puissent soit valider soit invalider le cas. Les agents commis à la recherche active quant à eux, étaient des médicaux et paramédicaux. Pour effectuer leur travail, on leur avait appris les symptômes d'Ebola, mais aussi le « MAPEPI » c'est-à-dire les maladies présentant les mêmes signes que Ebola, telles que paludisme, fièvre typhoïde, rougeole, paralysie flasque aiguë et grippe.

C'est donc avec cette connaissance superficielle qu'ils visitaient les structures sanitaires à la recherche des malades d'Ebola et cela parfois sous la méfiance des soignants de ces structures. Non seulement ce contrôle et ces tours de salle étaient parfois fait par des agents approximativement formés, mais aussi les malades ne voulaient pas se faire identifier par des agents de la Riposte. Dans une réunion de l'équipe de surveillance, un investigateur avait expliqué comment certains parviennent à échapper au contrôle des agents de la Réponse en ces termes : « Ils détiennent deux registres de malades. Ils présentent l'un, qui contient peu ou pas de malades aux équipes de la Riposte et gardent l'autre contenant la totalité des malades et d'autres encore s'accordent avec les malades pour que ceux-ci quittent de leurs chambres avant le passage des agents de la recherche active pour y retourner après ».

Parallèlement à la recherche active devrait s'effectuer la recherche passive par des prestataires des services permanents. Malheureusement cette recherche passive ne se faisait presque pas. Le groupe d'investigation était composé des médecins ; chacun d'eux affectés dans l'ensemble d'une aire de santé. Ils attendaient les appels de ceux de la recherche active pour valider ou invalider les cas suspectés par ces derniers. La validation d'un cas se faisait sur base d'un outil dénommé « définition de cas » : 3 des signes caractéristiques de la MVE plus une fièvre supérieure ou égale à 38 degrés Celsius. Un malade répondant à ce critère était directement acheminé au CT pour le dépistage. Pour un cas contact, un seul signe suffisait pour être acheminé au CT. Mais cela ne se passait pas sans heurts. En effet, beaucoup des malades qui venaient pour une consultation habituelle et qui, pour un ou plusieurs des symptômes, ont leur suggéraient d'aller au CT pour le test d'Ebola, beaucoup d'entre eux résistaient ou s'échappaient pour ne pas se retrouver dans le circuit de la Riposte.



L'équipe de suivi des contacts était quant à elle composée des membres de la communauté pour surveiller l'évolution clinique des ceux qui avaient été identifiés comme des contacts d'un cas confirmé. Lorsqu'un cas contact suivi présentait un ou plusieurs symptômes associables à la MVE, il était directement signalé auprès des investigateurs pour validation ou pas. Pour rappel, pour qu'un cas contact soit validé comme suspect, il suffisait qu'il ait un seul signe de la MVE. Craignant d'être étiqueté comme cas suspect, beaucoup des cas contacts changeaient de lieux d'habitation et l'équipe chargée de leur suivi les désignait par le nom des « contacts perdus de vue ». Au Centre de Santé Baraka, une structure privée de la ville de Beni, une infirmière qui travaillait dans cette structure et ayant été listée comme contact (puisque un cas positif venait d'être signalé dans leur centre de santé), avait jugé bon de se réfugier dans la ville voisine de Butembo où elle avait finalement trouvé la mort. Ses collègues de service n'avaient pas de nouvelles d'elle jusqu'à ce qu'ils aient appris la nouvelle de sa mort par un de ses parents, quelques semaines après sa fuite. L'équipe de suivi des contacts s'occupait aussi du suivi des visiteurs. Ces derniers étaient identifiés par les autorités locales comme les chefs des quartiers, chefs des cellules, chefs d'avenues. En effet, tout visiteur en provenance d'une « zone rouge » (réputée détenir beaucoup de cas de MVE), devrait être suivi par le groupe de surveillance de l'aire de santé endéans 21 jours ou jusqu'à ce qu'il retourne, dans le cas où il n'aurait pas totalisé les 21 jours. Mais, s'il s'agit d'un contact connu, l'équipe de suivi devrait le suivre partout où il allait. L'impression que tous les mouvements des individus étaient surveillés, rendait mal à l'aise les habitants de la région qui n'avaient jamais vécu un tel degré de surveillance.

Aux points d'entrée de la ville de Beni et de ce qui est considéré comme limites de la zone de santé, des investigateurs de la commission surveillance s'y rendaient pour examiner les voyageurs qui présentaient des signes associés à la MVE. Comme d'habitude, un exercice de validation se faisait avant qu'une personne ne soit emmenée au CT pour le test. Ici, il n'était pas facile d'échapper parce que les militaires et policiers étaient positionnés à ces points d'entrée pour contraindre ceux qui essayaient de résister. C'est cette utilisation des agents de sécurité dans la surveillance de la MVE qui avaient contribué à accentuer la méfiance envers la Riposte. Dans la recherche des cas et leurs contacts, il faut signaler plusieurs défis notamment : la difficulté d'identifier tous les contacts dans une région où les gens sont très mobiles, le manque quasi systématique de soubassement écrit pour lister tous les contacts (dans un registre) et s'il y en avait celui-ci n'était pas souvent bien complété ; la résistance des communautés et l'évitement par les contacts des équipes d'enquête.



C'est ainsi que d'autres mesures plus drastiques avaient été mises en application pour renforcer le suivi des contacts à l'exemple de la mise en place des équipes mobiles de surveillance chargées de la recherche des contacts, une cellule chargée de l'analyse des contacts invisibles, perdus et déplacés, un renforcement des mesures d'accompagnement psychosocial des contacts listés pour les inciter à participer pleinement au programme de suivi des contacts, et la participation de la protection civile, de l'UNPOL et de l'agence nationale de renseignement (ANR) au suivi des contacts. Bref, les mesures se radicalisaient davantage et cela sans laisser la population indifférente vis à vis d'une Riposte qui essayait de plus en plus la méfiance de la part de la population. Comme l'implication des professionnels de santé mais aussi la surveillance à base communautaire étaient insuffisantes, il a fallu mettre l'accent sur la recherche active pour s'assurer d'atteindre un plus grand nombre possible des contacts et cas suspects. C'est ainsi que chaque matin, une forte équipe composée d'investigateurs et des relais communautaires descendait dans des centres de santé et de tradipraticiens, maisons de prière, pharmacies et au sein de la communauté à la recherche des patients et suspects. Cette recherche se déroulait souvent avec des allures d'une traque policière.

Un jour, un tradipraticien de grande renommée dans la ville de Beni a disparu. C'est sa femme qui avait alerté les autorités sanitaires de son aire de santé après avoir constaté que son mari ne revenait pas à la maison après le travail. Des agents de la police étaient venus à son centre médical l'escorter pour l'emmener vers une destination inconnue sur ordre de la commission PCI de la Riposte a-t-on appris le lendemain. Puisqu'il me fallait m'entretenir ce jour-là avec ledit tradipraticien, un assistant psychosocial affecté dans son aire de santé m'avait accompagné à sa recherche. Nous étions parti d'abord au centre de transit mais nous ne l'y avons pas trouvé. Ensuite nous sommes parti au site de cantonnement de la police où nous l'avions trouvé accompagné de deux de ses enfants. Le gardien du site nous avait dit qu'il y avait été emmené par des policiers. En effet, la veille, on venait d'enregistrer un décès communautaire dont les examens post-mortem étaient sortis positif du virus d'Ebola. L'équipe de surveillance avait eu écho de ce que le défunt, encore malade s'était fait soigner chez ce tradipraticien. Il fallait donc le mettre en quarantaine, et cela a été fait par son arrestation.

Un autre cas est celui de « Amin », un guéri d'Ebola qui m'avait raconté que le jour de son admission au CTE il avait été importuné par des questions dignes d'un service de renseignement policier au point qu'il avait décidé de ne plus collaborer. Les investigateurs étaient quand-même parvenu à identifier son frère cadet qui leur avait fourni des éléments en rapport avec ses adresses et circuit thérapeutique qu'il avait parcouru avant d'arriver au CS où les équipes de riposte l'avaient trouvé. Aussi dans son jargon,



l'équipe de surveillance a adopté un langage de type militaire. Au début d'une réunion de la sous-commission surveillance, un responsable s'écriait : « Chers soldats, nous avons failli à notre mission » et lors d'une autre réunion un agent suggérait à la sous-commission de prendre tous les prestataires d'une structure de santé qui venait d'enregistrer un nième décès par MVE, et les mettre en « inquisition » parce que d'après lui, en y allant avec mollesse ou par négociation, on risquerait de se retrouver dans une situation difficile. Les concepts tels que « cas suspect », « zone rouge », « investigation » d'usage quotidienne dans la sous-commission en disent long.

Ces attitudes des agents impliqués dans la surveillance caractérisées par une recherche et un suivi quasi militarisés des malades et des contacts, n'ont fait qu'accentuer la méfiance et la réticence de la population vis-à-vis de la Riposte avec des effets contreproductifs face à une approche d'intégration communautaire. Des acteurs comme MSF se sont exprimés avec critique sur cette utilisation de la police et des forces armées pour imposer aux communautés les mesures pour lutter contre Ebola, en estimant que cela dissuade les personnes de venir se faire soigner et les pousse à se cacher. Pourquoi ne faudrait-il pas humaniser les interventions, trouver un équilibre entre la mise en place autoritaire des mesures sanitaires et des approches empathiques (Epelboin, Odugleh-Kolev & Formenty 2012) ?

Un système de tri maladroit

Une jeune femme amenait son enfant au Centre de Santé Tamende pour une toux. Arrivée au centre, elle devait passer d'abord par le triage qui est un endroit par où on prend la température et pose des questions préliminaires pour évaluer la probabilité que le patient soit atteint d'Ebola. Quand elle indique qu'elle habite Kanzuli, un quartier déclaré « zone rouge » pour Ebola, on lui dit qu'un médecin chargé de l'investigation devrait voir son enfant avant son admission au centre de santé. La femme a fait semblant d'accepter mais quelques minutes plus tard elle a feint d'aller acheter un beignet pour son enfant et elle s'est enfuit. On n'avait pas su où cette femme était partie avec son enfant malade ni quelles trajectoires elle devrait encore parcourir avant de le faire soigner. Au lieu d'évaluer l'état général des patients, les triages se contentent de discriminer ceux-ci selon que le malade est enclin de développer ou pas la MVE. L'on ne cherche pas avant tout à savoir si le patient est stable ou pas en vue de déterminer la priorité thérapeutique, loin de là. Une telle approche n'est pas du genre à encourager la fréquentation du système de la Riposte parce que pouvant comporter des conséquences fâcheuses sur la mortalité de ceux où l'on pratique le triage.



Une prise en charge qui brise la relation soignant-soigné

En deux reprises la PCR du patient « Ephraïm » avait déjà donné un résultat négatif. Il restait une troisième pour qu'officiallement il soit déclaré guéri ; ce qui n'avait pas été le cas parce que ce test était revenu positif. Il fallait donc commencer à compter de nouveau. « Ephraïm » était hospitalisé au pavillon des convalescents du CTE de Beni. Quatre jours plus tard, quand j'arrive au CTE, je me dirige vers le pavillon où était le « Ephraïm ». Je vois à travers le mur séparateur en caoutchouc et transparent deux agents de santé en plein tour de salle. Je ne peux pas d'emblée savoir de qui il s'agit puisqu'ils sont vêtus des combinaisons de protection de la tête aux pieds. Désormais trois PCR successifs du patient « Ephraïm » se sont avérées négatives. Il peut dorénavant être déchargé, mais alors pourquoi reste-t-il encore dans le CTE ? C'est parce que, bien que n'ayant plus la MVE il présente des signes d'une pneumopathie pour lesquels il devra être suivi à l'hôpital général qui est juste à côté du CTE. Il apparaît cependant qu'à l'hôpital il n'y a pas de place disponible pour l'accueillir. Un infirmier explique que l'hôpital est pléthorique à cause de la gratuité des soins qui a été décidée afin d'encourager la population à fréquenter les soins de santé en période d'Ebola.

En effet, « Ephraïm » présente des signes de ce qui peut être une tuberculose pulmonaire mais il devra attendre d'être transféré à l'hôpital pour y être soigné parce que le CTE ne prend en charge que la MVE, ses complications et quelques fois des maladies associées aussi longtemps que le patient a une PCR positive. Une fois que celle-ci devient négative trois fois de suite, l'on ne peut plus être soigné au CTE. Sa maladie actuelle serait donc pas prise en charge entre temps au CTE avec le risque de s'aggraver. Le patient court ce risque tout simplement parce que c'est cela que dit le protocole. Lors de nos visites au CTE, nous avons souvent assisté à de telles discussions entre médecins et chaque fois l'argument d'autorité était : « le protocole dit », du style d'une prise en charge robotisée. Le médecin n'ayant pas le plein pouvoir sur le malade, ne pouvant pas déployer tout son potentiel, s'appuyer sur ses expériences et être maître dans la prise en charge de son patient. Cet état des choses était susceptible de causer des aléas aux patients et par conséquent décourager la fréquentation des CTE. Les CTE, n'était pas le début d'une chaîne, il était souvent l'aboutissement d'un parcours du patient qui était passé par un circuit curviligne avant d'y arriver. Ainsi, presque personne ne s'emmenait soi-même au CTE et nombre se sont vus même forcés d'y aller.



Voici un schéma plus au moins simplifié du parcours qu'on suivait avant d'arriver au CTE : Vous avez de la fièvre ou présentez un des signes qui ressemblent à ceux de la MVE ; vous consultez dans une formation sanitaire (FoSa) où ces signes sont détectés au triage ; ensuite l'équipe d'investigateurs de la commission de surveillance arrivent pour vous valider (si vous répondez à la définition des cas) et vous envoyer au Centre de Transit où un prélèvement pour la PCR d'Ebola sera pris, pendant que vous êtes sous observation au CT. C'est de là que lorsque le résultat est positif, on vous emmène au CTE. Ce parcours n'était pas aussi rectiligne que ça. Vous pouviez avoir été ciblé comme un cas contact d'un malade confirmé positif à la MVE ou bien avoir été intercepté à un point d'entrée de la ville avec un signe ou un antécédent associé à la maladie. Par exemple, avant d'arriver au CTE, « Ephraïm » s'était fait soigner d'abord chez un praticien traditionnel et c'est seulement lorsque sa santé s'était gravement détériorée qu'il fut conduit au CT puis CTE.

Dans le CTE de Beni, une affiche y est omniprésente : « protège-toi, protège ton équipe, protège les autres ». C'est à croire que dans la politique de protection du CTE la priorité va de soi-même aux autres ; le patient faisant probablement parti des autres. Comme l'avait évoqué Gomez-Temesio parlant des unités de traitement d'Ebola en Guinée en 2014 : les procédures pour contenir le virus sont du genre à réduire les personnes mises en quarantaine à des corps dangereux (Gomez-Temesio 2018). Il ressort donc que le CTE avait entre-autre le rôle d'isoler les patients atteints du reste de la population pour qu'en quelque sorte « ils meurent seuls », s'il le faut. Dans ce contexte, l'OMS a souligné que « c'est dans les CTE que les meilleurs soins sont données aux patients, car ces derniers ont accès aux méthodes de réhydratation et ne risquent pas de contaminer leur famille et la communauté, mais les agents de santé et le personnel du centre de traitement peuvent être exposés au virus ; c'est pour ces raisons qu'il faut veiller à la fois à la sécurité de l'agent de santé et au respect du patient » (OMS 2019). Ainsi, le souci premier c'est d'éviter de contaminer et de sécuriser l'agent.

La donne était donc inversée par ce que, en temps normal, le travail des personnels soignants se fait dans une logique du « patient d'abord » et autre chose peut venir ensuite. La relation entre soignant et soigné était ainsi bouleversée. Le serment d'Hippocrate ne stipule-t-il pas que la santé de mon patient sera mon premier souci ? Un autre rôle qu'a joué le CTE est celui des essais cliniques. Une bonne chose certes parce elle a permis de trouver des nouvelles stratégies thérapeutiques, mais ses dérives ont été manifestes, notamment sur la question du « consentement libre et éclairé ». Normalement, l'on devrait expliquer l'essai pour permettre aux participants d'exprimer leur intérêt ou non à y participer. On est libre de participer ou non à l'essai. On doit signer le formulaire de consentement éclairé avant



le début de l'essai. Ce consentement est une obligation légale et, si le médecin investigateur ne le recueille pas, il s'expose à de sévères sanctions, normalement.

Essais cliniques et vaccination

Mais, non seulement il y a eu une restriction volontaire d'informations pour indiquer que le traitement était un essai mais également certains malades n'ont carrément pas signé de fiche de consentement. Monsieur « Shadrack » affirme, par exemple, n'avoir pas lu la fiche qu'on lui avait donné de signer. Personne non plus ne lui avait expliqué qu'il s'agissait d'un essai. Un guéri, infirmier de profession avec qui j'avais eu un entretien me confiait qu'on ne lui avait même pas présenté la fiche de consentement. Ainsi, dans son format tel que décrit, au lieu d'être une unité de traitement de la MVE, le CTE était avant tout un centre d'isolement et d'essai clinique. Le fait que le CTE a été utilisé comme un champ d'expérimentation pour l'essai clinique des traitements Ebola a donné lieu à des multiples prélèvements et d'autres actes étranges pour les patients. De nombreux patients atteints du virus n'avaient pas d'expérience préalable en matière de prise de sang, et le fonctionnement du diagnostic biomédical n'était pas clair pour eux. Si le processus de diagnostic épidémiologique n'est pas expliqués, cela ouvre la voie à des rumeurs et la méfiance. Ce phénomène est amplifié par le fait que les soins dispensés dans un CTE contrastent fortement avec les modèles de soins de santé antérieurs, où les proches jouent un rôle important dans les soins aux patients.

La confiance dans la biomédecine est insaisissable si elle n'est recherchée que pendant une épidémie. En effet, en temps de crise, il est trop tard pour jeter les bases d'une relation de confiance avec la biomédecine, voire pour renforcer un système de santé qui a été abandonné depuis l'avènement des politiques d'ajustement structurel (Richards et al. 2019). La prise en charge au sein de la Riposte se faisait aussi dans les centres de transit, qui servaient, comme dit haut, des lieux où les patients suspectés d'avoir Ebola passaient au plus 48 heures, le temps de réaliser deux tests afin de déterminer s'ils étaient atteints de la MVE ou pas. À cause notamment d'une mauvaise définition des cas, il s'est observé un flux important des malades ayant entraîné une diminution accrue de la qualité des soins avec une lenteur dans l'administration des soins, frisant de la négligence et ayant des conséquences quelque fois fatales pour les patients. En effet, il a été enregistré aux CT des morts liés à des maladies autres qu'Ebola et qui pouvaient être évités s'il y avait un minimum d'organisation et s'il n'y avait pas de pléthore. Le fait est que les patients qui arrivaient aux CT y étaient envoyés par des investigateurs qui



n'ont pas tous la formation médicale et le comble est que, une fois validé par un investigateur, un patient ne peut être invalidé à son arrivé au CT. Encore ici, le médecin ne jouissait pas de son pouvoir de décider du sort de son patient. La MVE est ainsi sortie de son contexte médical.

Dans un CT nous avons assisté à la scène d'une jeune fille qui y était admise parce qu'elle vomissait. Ce jour-là, elle était de ceux qui seraient déchargés après que sa PCR soit sorti négative en deux reprises. Quand elle sorti de sa chambre, on lui demanda de passer par la douche pour se laver, on lui donna même des nouveaux habits parce qu'on ne sortait pas du CT en portant ses habits de dedans. Un investigateur accompagné d'une assistante psycho-sociale viennent lui parler parce qu'elle n'avait jamais reçu le vaccin. Il était question de la sensibiliser pour qu'elle accepte de recevoir le vaccin Ebola. La fille avait refusé l'offre malgré les explications multiples. Après on lui demanda pourquoi elle avait refusé le vaccin et elle répondit juste qu'elle ne le voulait pas. Lorsque l'investigateur était parti pour parler à un autre malade, l'assistante psycho-sociale était restée avec la fille en train de lui dire que si elle ne se faisait pas vacciner elle n'aurait pas droit au « kit alimentaire » qu'on distribuait aux déchargés. À la fin, la fille s'était fait vacciner malgré elle pour ne pas perdre cet avantage. Ainsi, le CT a-t-il servi de lieu de prédiction pour la vaccination d'un plus grand nombre possible des personnes, au point de forcer les gens à s'y faire vacciner.

Le cas illustratif de monsieur « Kasereka »

Accours de mes entretiens, j'ai eu à écouter des récits de beaucoup des patients à MVE et j'ai côtoyé même certains d'entre eux. Presque tous les patients qui ont finalement été soigné aux CTE ont, avant cela bénéficié d'une prise en charge en dehors du circuit de la Riposte. Le récit d'un patient avait particulièrement attiré mon attention. La première fois que j'ai entendu parler de ce malade c'était lors d'une réunion de la commission surveillance. J'avais ensuite entrepris des entretiens avec le responsable des narratifs de ladite commission, mais aussi avec l'épouse ainsi que le petit-frère du concerné et bien sûr avec le médecin investigateur de l'aire de santé en question.

Il s'agit de « Kasereka », un homme âgé de quarante ans, marié et père de famille. Avant sa maladie, il vivait, lui et sa famille, dans un village à une trentaine des kilomètres de la ville de Beni. En décembre 2019, il décide de s'installer en ville de Beni. Il devait s'y rendre pour construire une maison qui abriterait sa famille. Toutefois, comme c'est toujours au village qu'il faisait son activité principale : le champ et que ses enfants y étaient encore, il devait de temps en temps s'y rendre faisant des allers et



venues. En janvier 2020, lorsqu'il revenait du champ, il s'était plaint des frissons. Il faut dire que quelques temps avant ces premiers symptômes, « Kasereka » avait rendu visite à son beau-frère qui était hospitalisé pour dans un centre médical de la ville. Son beau-frère était finalement décédé et le test post-mortem était positif de la MVE. Le lendemain, les frissons continuaient et il avait pris du paracétamol acheté dans une pharmacie. Ceci illustre bien l'habitude de nos populations dont le premier réflexe quand on se sent malade c'est d'acheter un médicament contre le symptôme. De fois on se fait orienter par le vendeur des médicaments qui est très rarement pharmacien de formation.

Après avoir pris le paracétamol, les frissons auraient diminués mais monsieur Kasereka commençait à accuser une fatigue généralisée. C'est ainsi que son petit-frère l'avait emmené au tradipraticien où il travaillait comme infirmier. Lors d'une de mes visites chez un tradipraticien, celui-ci m'avait dit la que la plupart des malades qu'ils soignent sont des membres de leurs familles ainsi que leurs voisins. C'est essentiellement en raison de la confiance qu'on place en ces personnes qui leurs sont proches. Arrivé dans ce centre de tradipraticien, non seulement la santé du patient ne s'était pas améliorée mais aussi d'autres signes de la MVE s'étaient développés comme des douleurs thoraciques avec difficulté d'avaler ainsi que les vomissements. On pense même qu'au cours de ce séjour, « Kasereka » avait contaminé d'autres patients qui fréquentaient la structure. En effet, le schéma numérisé de la commission de surveillance avait démontré que la quasi-totalité des cas qui s'étaient déclarés par la suite dans la zone de santé de Beni avaient fréquenté ce centre. Cette structure organisait l'hospitalisation tout en n'ayant pas de dispositif de protection et contrôle de l'infection à son sein d'où la transmission nosocomiale était plausible. Le centre n'avait même pas de système de triage.

Au moment où il commençait à vomir et présenter des difficultés à avaler, le petit-frère avait décidé d'appeler les investigateurs de la Riposte qui étaient arrivés et avaient validé « Kasereka » comme un cas suspect. On avait proposé à « Kasereka » d'aller au CT mais il n'était pas d'accord. Il avait refusé d'aller au CT en disant que beaucoup de ses connaissances qui avaient accepté d'aller au CT n'y sortaient pas vivant. Et quand quelqu'un de la famille voulait insister pour qu'il accepte d'aller au CT, le malade lui demandait s'il voulait le sacrifier. Ainsi, comme « Kasereka » avait refusé d'être emmené au CT, il sera transféré dans un centre de santé de la Riposte où il avait été directement admis en isolement. Selon son petit-frère, à l'isolement de ce centre de santé, la prise en charge y était précaire. À son frère on aurait donné seulement quelques comprimés que celui-ci n'avait même pas avalé, tellement il avait mal à la gorge et vomissait. Quand il demandait pourquoi on ne donnait pas un traitement injectable on lui répondait qu'on attendait le résultat de test parce qu'entre temps on venait



de prélever son sang. Il faut dire que les isolements mis en place par la Riposte dans des centres de santé n'étaient que des dispositifs pour discriminer les cas susceptibles d'Ebola ou des endroits transitoires où l'on attend les résultats PCR sans que la prise en charge n'y soit une priorité.

Finalement, à cause de cette prise en charge qui laissait à désirer, le petit-frère avait directement appelé lui-même l'ambulance pour que son frère soit transféré au CT. Entre temps l'état de santé de « Kasereka » ne faisait que s'empirer et celui-ci ne pouvait plus opposer la réticence à son transfert. Entre temps, le résultat de la PCR venait de sortir positif et le patient était ainsi envoyé au CTE pour la prise en charge. Tôt le matin, quand les membres de famille étaient arrivés au CTE pour rendre visite au malade, on leur dit que ce dernier avait rendu l'âme. Tous les membres de famille qui s'étaient approchés du malade pendant cette épisode de maladie avaient été encouragés, par l'équipe de prise en charge psycho-sociale, de recevoir le traitement prophylactique de la MVE. Il leur avait aussi été demandé de rester en isolement 21 jours durant à la maison. Et ils acceptèrent toutes ces propositions. Le jour de l'enterrement, il leur avait été montré, de loin, la dépouille de Kasereka et lorsqu'il fallait l'ensevelir, ils étaient partis au lieu d'enterrement, regardant toutes les cérémonies à partir d'une certaine distance. J'avais demandé au petit-frère du défunt quels sentiments avaient les membres de la famille et lui particulièrement après la mort et l'enterrement de leur proche, il me répondit qu'ils avaient accepté la situation comme telle parce qu'ils n'y pouvaient rien.

Conclusion

Lors de la dixième épidémie d'Ebola en RDC, la Riposte n'a pas su attirer tous les cas afin d'assurer un contrôle efficace et une prise en charge appropriée. Cela était dû au contexte global du système sanitaire que cet article a présenté au début, avec comme conséquence une faible utilisation des services de santé, le recours aux moyens alternatifs comme l'automédication, les consultations dans des cabinets médicaux informels, centres des praticiens traditionnels ou encore maisons de prières. Ensuite, les pratiques coercitives de la Riposte ont dissuadé les populations et diminué leur confiance. C'est ainsi qu'il ressort qu'une Riposte à une épidémie d'Ebola de cette taille devrait tenir compte des aspects contextuels, historiques, socio-politiques et économiques du milieu où elle est apparue – aussi bien dans sa conception que dans sa mise en œuvre – sans quoi il sera difficile de venir en bout à cette maladie nonobstant l'importance du personnel et du matériel déployés.



Références

- Ahuka, S., Makiala S., Mbeta, J. & Mbala, P. (2018): Maladie virale à Ebola à Mangina en République démocratique du Congo : Une épidémie bien différente des précédentes. *Annals of African Medicine* 11(4).
- Bwimana, A. (2017): Health Sector Network Governance and State-Building in South Kivu, Democratic Republic of Congo. *Health Policy and Planning* 10(32).
- Anoko J. et al. (2020): Community engagement for successful COVID-19 pandemic response: 10 lessons from Ebola outbreak responses in Africa. *BMJ Global Health* 4 : 1–4.
- CASS (2019): Etude sur implication des tradipraticiens dans la réponse à la MVE. Unicef, New York.
- Cissoko, M. (2010): Les pratiques communautaires d'automédication concernant Ebola. Rôles des chercheurs dans les stratégies des ONG pour lutter contre la maladie », in L'automédication en question, *Archives ouvertes*, Nantes, 9p
- De Boeck, F. (2005) : The Apocalyptic Interlude: Revealing Death in Kinshasa. *African Studies Review* 48(2): 11-32.
- Dijkzeul D. (2003): Healing Governance? Four Health NGOs in War-Torn Eastern Congo. *Journal of International Affairs* 1(57).
- Epelboin, A. (2014): Approche anthropologique de l'épidémie de FHV Ebola en Guinée Conakry. WHO, Geneva.
- Epelboin, A., Odugleh-Kolev, A., Formenty, P. (2012): Rapport de mission anthropologique sur l'épidémie d'Ebola, WHO, Geneva.
- Fox S., Witter S., Wylde E., Mafuta E. & Lievens T. (2014): Paying Health Workers for Performance in a Fragmented, Fragile State: Reflections from Katanga Province, Democratic Republic of Congo. *Health Policy and Planning* 1(29).
- Gomez-Temesio, Veronica (2018): Outliving Death: Ebola, Zombies, and the Politics of Saving Lives. *American anthropologist* 120(5): 738-751.
- Groupe d'Etude sur le Congo (2020): Ebola en RDC : Système de santé parallèle, effet pervers de la Réponse, at : <https://congoesearchgroup.org/rapport-ebola-en-rdc-systeme-de-sante-parallele-effet-pervers-de-la-reponse/?lang=fr>.
- Hunt, N. (2008): An Acoustic Register, Tenacious Images, and Congolese Scenes of Rape and Repetition. *Cultural Anthropology* 2(23).
- Hunt, N. (2016): A Nervous State: Violence, Remedies, and Reverie in Colonial Congo. Duke University Press, Durham.
- Hunt, N. (1988): Le Bébé en Brousse: European Women, African Birth Spacing and Colonial Intervention in Breast Feeding in the Belgian Congo. *The International Journal of African Historical Studies* 21(3).
- Janzen, M. (2019): Health in a Fragile State: Science, Sorcery, and Spirit in the Lower Congo, Africa and the Diaspora: History, Politics, Culture. University of Wisconsin Press, Madison.
- Kambamba D. (2012): La santé à l'agonie en République démocratique du Congo. Un monde libre, Kinshasa.
- Kintaudi L., Minuku F. & Baer F. (2015): A Short History of the ECC-DOM Faith-Based Health Network in DR Congo. SANRU, Kinshasa.
- Kyolo, S., Bbosa, G., Odda, J., Lubega, A. and Edmond, N. (2018): Toxicity Profile of Karuhu Poison on the Brain of Wistar Albino Rats. *Neuroscience & Medicine* 2(9).
- Muyembe, J., Kipasa, M., Kiyungu, C. & Colebunders, R. (1999): Ebola Outbreak in Kikwit, Democratic Republic of Congo: Discovery and Control Measures. *The Journal of Infectious Disease* 179.
- Organisation mondiale de santé, OMS (2019) : Trois survivants de la Maladie à Virus Ebola témoignent sur les difficultés de leur réinsertion sociale, Organisation Mondiale pour la Santé. Geneva.
- Porignon D., Mugisho E., Elongo T., Katulanya D., Hennart P. and Lerberghe W. (1998): How Robust Are District Health Systems? Coping with Crisis and Disasters in Rutshuru, Democratic Republic of Congo. Tropical Medicine & International Health, Brussels
- Richards, P., Mokuwa, E., Welmers, P., Maat, H. & Beisel, U. (2019): Trust, and distrust, of Ebola Treatment Centers: A case-study from Sierra Leone. *PLOS ONE* 4(12).



SULUHU WORKING PAPERS

The Suluhi Working Papers address contemporary issues around the analysis of politics and society in Central Africa's Great Lakes region, with a particular focus on contestation and conflict over resources, power, and identity. They appear in English or French and serve as platform for peer-reviewed (non-blind) pieces of scholarship and in-depth, fieldwork-based empirical research.

Author

Serge Kambale Sivyavugha is a general practitioner (MD), currently specialising in Public Health Economics at Université Catholique de Bukavu. He was a researcher with the Nani Mponyaji project hosted at Congo Research Group, New York University.

Editors

Ben Radley University of Bath

Christoph Vogel Ghent University

Editorial board

Anna Reuss University of Antwerp

Aymar Nyenyezi Bisoka Université de Mons

Chloé Lewis Oxford University

Claude Iguma Wakenge Claremont Graduate University and ISDR–Bukavu

Gillian Mathys Ghent University

Peer Schouten Danish Institute for International Studies and IPIS Antwerp

The editors do not assume responsibility for the Suluhi Working Papers, which remains with the author(s) alone.

Cite as: Sivyavugha Kambale, Serge (2021): *Réponse et Contre-Réponse. Soins formels et informels pendant l'épidémie Ebola au Nord-Kivu*. Suluhi Working Paper 7, at www.suluhi.org/papers.

Header picture: © Christoph Vogel 2012

Cover picture: © Rossy Mbueki 2019

Previous Suluhi Working Papers

Muhindo, Steward (2021): *Faire face à une maladie inconnue. La riposte communautaire pré-Ébola à Mangina*. Suluhi Working Paper 6, at www.suluhi.org/papers.

Muhindo, Steward & Kwiravusa, Elie (2021): *Repenser la Riposte Ebola. Leçons apprises et nouvelles perspectives des ripostes contre les épidémies*. Suluhi Working Paper 5, at www.suluhi.org/papers.

Bachus, Trevor (2021) *When State Institutions Undermine Statebuilding. Armed Patronage, Hybrid Governance & the Privatization of Violence in DR Congo*. Suluhi Working Paper 4, at www.suluhi.org/papers.

Kwiravusa Muhindo, Elie (2019) *Le cercle vicieux de l'insécurité au « Grand Nord ». Facteurs politiques, économiques et socio-culturels de la crise de Beni*. Suluhi Working Paper No. 3, at www.suluhi.org/papers.

Salter, Thomas & Mthemba-Salter, Gregory (2016) *A Response to 'Terr(it)ories' of Peace? The Congolese Mining Frontier and the Fights Against "Conflict Minerals"'*. Suluhi Working Paper No. 2, at www.suluhi.org/papers.

Babwine, Marline & Ruvunangiza, Philippe (2016) *Exploitants artisanaux & coopératives minières au Kivu: Enjeux et défis sur le chemin de formalisation*. Suluhi Working Paper No. 1, at www.suluhi.org/papers.