

L'aide **H** DECOLONISER HUMANITAIRE

Le cas du virus Ebola

Carmelle Nezerwe



BAMKO

Avec le soutien de la Fédération Wallonie-Bruxelles



BAMKO

CENTRE FEMINISTE DE REFLEXIONS ET D'ACTIONS
SUR LE RACISME ENVERS LES NOIR.E.S

ETUDE 3

DÉCOLONISER L'AIDE HUMANITAIRE

Le cas du virus Ebola

Carmelle Nezerwe¹

Introduction

Ce travail cherchera à comprendre dans une vision anthropologique principalement, d'où proviennent les difficultés rencontrées sur le terrain pour traiter l'épidémie d'Ebola qui sévit au Congo, dans la région du Nord-Kivu depuis 2018. Cette épidémie meurtrière et extrêmement contagieuse est déclarée par l'OMS depuis le 1er juillet 2019 «urgence de santé publique de portée internationale» (Institute of Tropical Medicine Antwerp 2019)². Malgré le danger et le risque mortel, les habitants sont peu enclins à suivre les recommandations des organisations internationales, à recourir aux centres de soins mis en place entre autres par Médecins Sans Frontières. Les équipes de soins étrangères et locales se heurtent à la méfiance et parfois la violence.

Ces difficultés s'inscrivent dans un contexte social culturel, politique et économique particulier qu'il est indispensable de décoder au moins dans ses grandes lignes pour comprendre les problèmes rencontrés par les équipes de

¹ Membre de Bamko asbl.

²https://www.google.com/search?client=safari&channel=mac_bm&source=hp&ei=4SVQXZKUI838kwXX34GoDQ&q=apparition+d%27ebola+dans+le+nord+kivu&oq=apparition+d%27ebola+dans+le+nord+kivu&gs_l=psy-ab.3..33i22i29i30.954.8620..9311...2.0..0.111.2203.38j1.....0....1..gws-wiz.....35i39j0i131j0i10j0i10i30j0i5i30j0i5i10i30j0i22i30.bselCcvvu_o&ved=0ahUKEwjSiJWwg_vjAhVN_qQKHddvANUQ4dUDCAk&uact=5

prévention et de prise en charge des malades. Nous le ferons en première partie. La région déjà en proie à une insécurité politique accompagnée de violences depuis plusieurs décennies voit cette violence exacerbée en 2018 dans un contexte préélectoral très tendu. Les mesures de lutte contre la contamination et la propagation de cette maladie en sont d'autant plus difficiles à implanter. Nous nous arrêterons ensuite sur la maladie à Virus d'Ebola, son épidémiologie et sa contagiosité.

Dans la troisième partie, notre analyse se basera sur une approche anthropologique. Il s'agira de montrer le point de vue de la population sur la maladie et sur les différents acteurs de soins et politiques, à partir des concepts culturels locaux de maladie, de soins de mort, de leur vécu historique, mais aussi sur base de rumeurs et de maladroites et des erreurs parfois graves commises par des équipes étrangères actuelles et dans le passé. La conception de la maladie sera analysée au prisme de « la prévention », notion que l'anthropologue Didier Fassin définit comme « le corpus de croyances et d'actes par lesquels les individus se protègent des affections et des infortunes, apparaît comme la figure centrale de la gestion collective de la santé dans les sociétés traditionnelles. (Fassin, 1996 :207). Cela nous donnera des pistes pour comprendre la méfiance et les violences répétées envers les ONG internationales, comme MSF, chargées de lutter contre cette épidémie. Et comment une non prise en compte des spécificités et de ce qui fait sens pour des populations locales, depuis la période coloniale belge dans le cas du Congo et actuellement dans le processus pour contenir le virus Ebola. Cela a conduit à la violence entre soignants et soignés.

CHAPITRE I : Le Contexte Géopolitique de la région du Nord- Kivu en RDC.

Le Kivu, région frontalière du nord-est du Congo, est une région où l'économie, la violence et de la rumeur s'entremêlent. Zone minière aux richesses convoitées, c'est aussi une zone où les droits humains ne sont pas respectés (Jackson 2001:117). Pour comprendre la situation actuelle, il faut à la fois cerner les différents acteurs présents et la diachronie des conflits. Évoquer le Nord-Kivu, les conflits qui y sévissent et les différents groupes sociaux qui y cohabitent pourrait faire à lui tout seul, tout un sujet d'étude. Ce n'est pas mon sujet et je vais de ce fait, dans les lignes qui suivent, parler des points qui m'ont semblé plus pertinents à relever pour mieux comprendre la situation dans laquelle doivent intervenir les équipes qui luttent contre l'épidémie.

Les activités illégales ne cessent d'y augmenter : la richesse minière s'échange contre de la drogue et des armes, elle permet un enrichissement personnel et collectif considérable, entraînant la violence dans un cercle vicieux de rapines et de conflits. L'économie engendre la violence, qui à son tour nourrit l'économie. Les conflits armés sont liés à l'économie, au point que l'on peut considérer qu'aujourd'hui que « la guerre est le prolongement de l'économie par d'autres moyens » (Ibid).

a. Délimitation géographique du Kivu

Le Kivu est situé à l'Est de la République démocratique du Congo (RDC), il est délimité par le Burundi, le Rwanda et de l'Ouganda. Au départ, ancienne province héritée du Congo belge, elle a été subdivisée en 1988 en 3 provinces (i) le Nord-Kivu, (ii) le Sud Kivu et (iii) Maniema. La superficie du Kivu est de 320 000 km² et compte environ 13 millions d'habitants selon l'estimation de 2010 (De Saint-Moulin, 2010 et Pourtier 2011:235).

Le Nord-Kivu est à proximité du Rwanda, ce qui marquera l'histoire de son peuplement, il partage également ses frontières avec l'Ouganda. « À l'époque du Congo belge, des centaines de milliers de Hutus et Tutsis rwandais furent déplacés contre leur volonté par les administrateurs belges et amenés de la colonie du Ruanda-Urundi à la région du Kivu qui était moins peuplée et cherchait désespérément de la main d'œuvre. Ces migrations forcées firent que les

Banyarwanda (« ceux qui viennent du Rwanda ») devinrent majoritaires dans certaines régions du Kivu, provoquant des tensions entre eux et la population indigène » (Thill 2012 :2). Il est important de souligner que cette mobilité forcée par les autorités coloniales belges n'a pas pris en considération la singularité et la différence entre les populations de la colonie (Congo belge) et celles sous mandat (Ruanda-Urundi).



CAID 2018³

³ Cellules d'Analyses d'indicateurs de Développement (CAID)
<https://www.caid.cd/index.php/donnees-par-province-administrative/province-de-nord-kivu/?donnees=fiche>

b. Population

Plusieurs ethnies cohabitent dans cette région, l'analyste politique Etienne Rusamira en dénombre cinq. Il s'agit « [Des] Nandes, les Banyarwandas⁴ (Hutus et Tutsis), les Nyanga, les Hunde et Tembo» (Rusamira 2003 :148). Ces différentes ethnies, à leur tour, se subdivisent en deux catégories les « autochtones ⁵» d'une part et de l'autre, les immigrants et les réfugiés rwandais qui s'y installent depuis 1959 de l'autre.

Notons que les Banyarwandas sont la seule ethnie à se retrouver dans les deux catégories en même temps, les autres ethnies rentrent uniquement dans la catégorie des autochtones (Ibid).

c. Historique des déplacements de populations et ethnies en présence

Du fait de son historique de peuplement, le Nord-Kivu est habité de plusieurs ethnies qui se sont établies là au fur et à mesure des délimitations géographiques et des politiques publiques mises en place par la colonisation belge entre autres, et des différents conflits qui ont secoué les pays voisins (Braeckman 2009).

Le Nord-Kivu est subdivisé en 5 districts à savoir : Beni, Lubero, Masisi, Rutshuru et Walikale, et a pour chef-lieu, la ville de Goma. Et du point de vue ethnique ces 5 districts se subdivisent à leur tour en seulement 3 pôles (Rusamira 2003:148) : (i) Les régions peuplées par l'ethnie majoritaire, les Nandes (la zone de Béni et Lubero), (ii) la région de Rutshuru, elle est essentiellement habitée par les Banyarwanda autochtones, (iii) les régions de Goma-Masisi-Walikale, sont hétérogènes ethniquement parlant.

Dans le Masisi et Walikale, il y a une forte concentration de Banyarwanda transplantés ou réfugiés à partir de 1959. Par conséquent, ces deux régions connaissent beaucoup de conflits fonciers dus aux rivalités ethniques (Ibid). Depuis plus de deux décennies, le Kivu vit au rythme de la guerre, affectant particulièrement le Nord et le Sud-Kivu.

⁴ Le terme « Banyarwanda » veut littéralement dire les personnes originaires du Rwanda. Et plus spécifiquement, ce terme signifie « Toutes les personnes installés dans la région et ayant en commun des racines culturelles et ou géographiques rwandaises, ainsi que l'usage globale de la même langue [Kinyarwanda]» (Mathieu&Tsongo 1998 :389).

⁵ Les « autochtones » désigne les habitants de la région bien avant la première migration (transplantation) des Banyarwanda (Pourtier 2009 :8)

Selon le géographe français Roland Pourtier, trois raisons expliquent la flambée de cette guerre: (i) l'emplacement géographique de cette région, favorable à l'agriculture et à l'élevage, car ce sont des régions de hautes terres fertiles et intéressantes pour l'élevage, (ii) sa proximité avec le Rwanda, le génocide qui y a eu lieu, et les perspectives de développement du président rwandais, (iii) la richesse en minerais du sol du Kivu, exploité depuis la période coloniale belge, et en particulier actuellement l'or et le coltan, principale matière pour fabriquer les téléphones portables (Pourtier 2011: 235).

CHAPITRE II : Le virus Ebola

« Ebola, est un sphinx qui engloutit nos âmes, sans pitié de la taille, il apporte les flammes » (extrait d'une pièce de théâtre écrite par Charlie Mathekis, enseignant de Butembo dans France 24: 2019)⁶.

a. Définition et pathogénicité

La maladie à virus Ebola aussi appelée « fièvre hémorragique à virus Ebola » et communément « Maladie d'Ebola » est une maladie souvent mortelle et extrêmement contagieuse. Zoonotique, c'est-à-dire qu'elle se transmet de l'animal à l'homme. Elle peut cependant aussi se propager par transmission interhumaine. Nonobstant, d'autres facteurs comme la pauvreté et ses répercussions sociales, sécuritaire et surtout sanitaires dans ce cas-ci sont susceptibles de favoriser la propagation de cette maladie, souligne la rubrique Perspective du monde de l'université Sherbrooke . Pour reprendre leurs mots : « les régions affectées sont souvent les mêmes qui sont aux prises avec une pauvreté profonde, de l'instabilité politique et des guerres civiles, ce qui nuit grandement à l'application de mesures systématiques et efficaces » (Perspective du monde 2019: 1)⁷.

b. Épidémiologie (OMS 2019 et Mestrovic 2014)

1. Sources d'infections, réservoir du virus et transmission

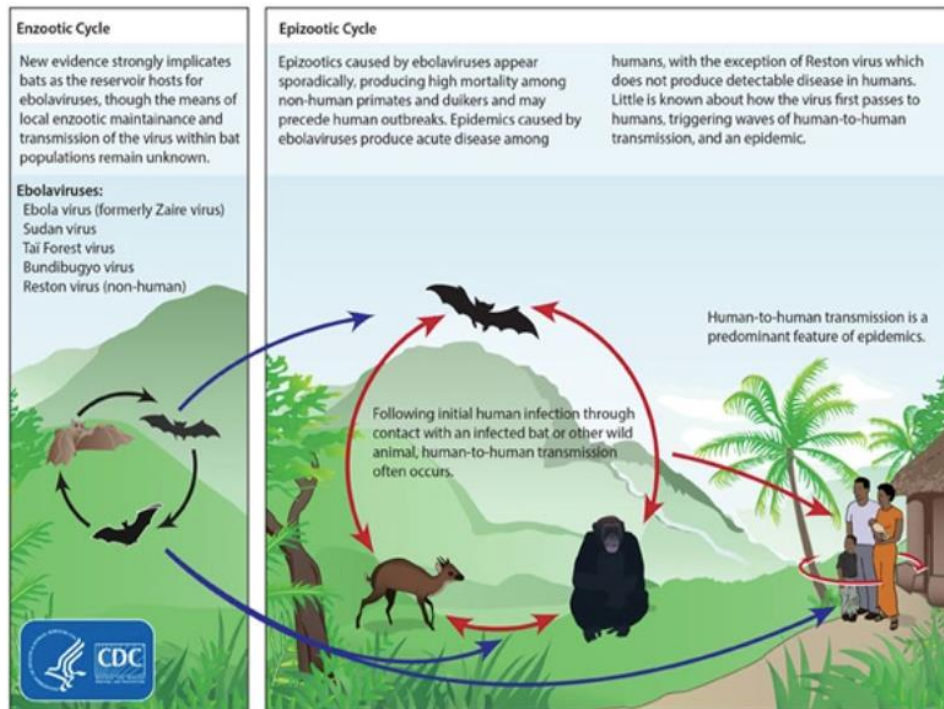
Le virus d'Ebola est contenu dans des réservoirs naturels de l'infection ainsi que dans des hôtes accidentels. Parmi ceux-ci sont souvent cités: les antilopes, les chauves-souris, les singes, et de façon temporaire les personnes qui ont guéri de la maladie (Mestrovic 2014).

La maladie se transmet par contact direct avec des patients ou des animaux infectés ainsi que par la manipulation des cadavres humains ou d'animaux.

⁶ Butembo, région du Nord-Kivu touchée par Ebola.

<https://www.youtube.com/watch?v=FVTaOMYmBeM&t=13s>

⁷ <http://perspective.usherbrooke.ca/bilan/servlet/BMEve?codeEve=1030>



©Mestrovic 2014⁸

Les objets qui ont touché le sang ou les sécrétions d'une personne ou d'un animal contaminé sont aussi infectés car le virus qui ne meurt pas à l'air : le matériel médical, mais aussi linge de lit, les vêtements des malades sont des sources possibles de contamination (OMS 2019). Les rites funéraires où les proches sont en contact direct avec la dépouille, que ce soit pour des soins à la dépouille mortelle ou des embrassades de la personne décédée, sont une cause de propagation de la maladie (Ibid)

2. Signes, symptômes et diagnostic

Il n'existe pas de symptômes très spécifiques de la maladie à virus Ebola mais il existe par contre des symptômes sensibles toujours présents. Pour reprendre les descriptions de l'OMS : « Les premiers symptômes sont une fatigue fébrile à début brutal, des douleurs musculaires, des céphalées et un mal de gorge. Ils sont suivis de vomissements, de diarrhée, d'une éruption cutanée, de symptômes d'insuffisance rénale et hépatique et, dans certains cas, d'hémorragies internes et externes (par exemple: saignement des gencives, sang dans les selles). Les

⁸ *Dr. Tomislav Meštrović 2014* : in: <https://www.news-medical.net/health/Ebola-Virus-Epidemiology->

personnes atteintes de cette maladie ne sont pas contagieuses tant que les premiers symptômes ne sont pas encore manifestés, sachant que la période d'incubation de cette maladie varie de 2 à 21 jours (OMS 2019: 1). Mais elles le sont dès les premiers symptômes et le restent plusieurs semaines après la guérison. Ces symptômes sont aussi présents dans plusieurs autres pathologies graves endémiques dans le Kivu comme la malaria, la fièvre typhoïde, la fièvre hémorragique de (crimée-Congo), la fièvre jaune (OMS 2014, 2016) (DC GOV).

3. Moyens de précaution ⁹

La transmission d'Ebola étant très importante. Toute personne devant être en contact avec des malades doit impérativement être couverte d'une tenue qui l'isole des malades potentiels. De nombreux soignants insuffisamment protégés ont payé de leur vie leurs services sanitaires à la population. Des combinaisons complètes et imperméables sont indispensables. Le virus d'Ebola est éliminé du sang dès que les symptômes aigus de la maladie disparaissent. Toutefois, il peut persister durant des mois dans des sites de l'organisme.

⁹ Signalons qu'un vaccin le rVSV-ZEBOV a été approuvé pour la prévention de la maladie à virus Ebola. on Vaccine Provision a mis en place un stock mondial de vaccins contre Ebola en Suisse pour utilisation en cas d'épidémies. <https://www.msmanuals.com/fr/professional/maladies-infectieuses/vaccination/vaccin-ebola>

Le but de l'épidémiologie du virus Ebola est pour comprendre la suite du texte et le contexte dans lequel s'est passé le processus de contenir Ebola par les ONGs Internationales.

c. Historique

Le virus Ebola a été détecté pour la première fois en 1976 lors des 2 épidémies, l'une au Soudan du Sud, l'autre en République Démocratique du Congo (dans la province d'Équateur, dans le village de Yambuku près de la rivière Ebola, qui donna son nom à la nouvelle maladie).

L'historique du développement de cette première épidémie en RDC est particulièrement intéressant pour comprendre les différents positionnements des acteurs locaux: un enseignant qui avait mangé de l'antilope se présente à l'hôpital missionnaire de Yambuku, tenu par des religieuses belges. L'homme a de fortes céphalées et de la fièvre et il est traité par une injection de chloroquine car la fièvre semble être liée au paludisme. Il meurt quelques jours plus tard. C'est le premier patient congolais reconnu comme décédé d'une infection au virus Ebola .

Rapidement, d'autres personnes présentent les mêmes symptômes dont les femmes enceintes qui ont reçues des injections de vitamines et de calcium et des malades traitées par injection de chloroquine. Le matériel servant aux injections n'est pas stérilisé, mais simplement rincé.

La majorité du personnel soignant contracte et meurs de la maladie. La famille de l'enseignant décédé vient pour l'enterrement et plusieurs personnes sont contaminées lors des soins à la dépouille. L'épidémie s'étend et touche 55 villages avoisinants. Le taux de létalité est de 88%. Trois mois après l'apparition du premier cas, le virus Ebola est isolé en laboratoire.

Chapitre III : Interprétation de la maladie à virus Ebola et de sa prise en charge par les populations du Nord-Kivu

« Toute représentation est un acte de la pensée qui donne sens à un rapport aux autres, qui est en même temps un rapport à soi et au monde qui entoure les uns et les autres » (Maurice Godelier, 2011: 15).

Ce chapitre, se basera sur une approche anthropologique à partir du point de vue de la population du Nord-Kivu. Sur sa situation, sur la maladie à virus Ebola et les soins proposés. Il analysera l'impact du contexte social et politique sur sa perception. Le contexte géopolitique évoqué dans le premier chapitre et l'approche biomédicale détaillée dans le deuxième chapitre forgent les croyances et des habitus (Bourdieu 1980)¹⁰ qui alimentent les rumeurs dans cette région. Comme l'explique le politologue libanais, Joseph Maïla, il faut se baser sur la culture du patient pour comprendre comment il appréhende sa maladie ; « S'il faut sortir du schéma culturaliste, pour trouver une explication cohérente de la pandémie, il faut toutefois revenir à la culture pour tenter de penser l'impact de la représentation de la maladie sur le comportement du malade. » (Maïla dans Godelier et al. 2011: 150).

La maladie, pour autant que le patient la définisse comme telle, constitue un système entier dont les symptômes ressentis et exprimés sont porteurs d'un sens à caractère social permettant de comprendre la maladie et de la vivre. Ainsi, « Tout se passe comme si, dans l'esprit des malades, la maladie ne relevait pas d'une causalité objectivable, sécable et explicable en soi indépendamment du malade et de son histoire, mais renvoyait à un dysfonctionnement mettant en cause l'ordre naturel des choses, la hiérarchie sociale et le monde des esprits. La maladie résulterait de la rupture d'un ordre intérieur qu'il s'agit de rétablir » (Maïla dans Godelier et al. 2011: 150-151). Pour rétablir cet ordre, il faut que la personne ou la communauté à l'origine de ce dysfonctionnement, répare son tort, cette personne ou communauté devenant dès lors le/la coupable à l'origine de cette maladie. Cette désignation du coupable permet d'accepter la maladie comme une fatalité hors de contrôle. Mais également de se dédouaner de toute responsabilité et par ricochet de toute possibilité de maîtrise de cette dernière. « Designner un coupable a toujours été un moyen de faire d'une mystérieuse et

¹⁰ Pierre Bourdieu, *Le Sens pratique*, Paris, Les Éditions de Minuit, coll. « Le sens commun », 1980, 475 p

dévastatrice maladie, un phénomène compréhensible et donc potentiellement contrôlable [...] dans une situation d'anxiété commune, désigner un coupable est une stratégie de contrôle. Si la responsabilité peut être imputée alors peut-être qu'une série d'actions - discipline, prudence ou encore isolation- peuvent être entreprises. » (Nelkin&Gilman 1998 dans Décaillet 2015: 39).

Cette brève explication généraliste de la perception de la maladie du point de vue des malades et leurs proches trace les sujets à explorer pour saisir les enjeux et les différents mécanismes mis en place par des personnes affectées par de graves épidémies, comme celle qui sévit au Kivu.

a. Les différents préjugés sur la maladie à virus Ebola au Nord-Kivu

La représentation symbolique des maladies au sein de la population induit des explications discursives trouvant origines et racines dans l'histoire et dans le contexte de la région, créant des spéculations de toutes sortes autour de cette maladie, qui deviennent des rumeurs partagées sur les réseaux les plus usités dans cette région et par bouche-à-oreille.

Comme l'explique la sociologue Françoise Reumaux citée par l'anthropologue Marine Decaillet « C'est en effet parce que la rumeur touche symboliquement un point sensible de l'imaginaire, qu'elle peut se développer (...). Il nous semble donc clair que la géographie des rumeurs, loin de se réduire à une géographie physique, se double d'une géographie symbolique qui n'est elle-même que l'expression particulière d'une géographie sociétale. » Reumaux 1990 dans Decaillet 2015: 18-19).

De surcroît, la production des rumeurs serait inhérente à toute crise épidémique mortelle comme le souligne la psychologue Evelyne Josse « comme dans toute épidémie mortelle, de multiples rumeurs éclosent et se propagent rapidement, tant sur la maladie Ebola que sur les soignants étrangers impliqués dans la lutte contre Ebola » (Josse, 2017 :31).

Dans les prochaines lignes, nous allons évoquer les rumeurs les plus répandues concernant la maladie à virus d'Ebola. Nous allons d'abord évoquer les rumeurs sur la non-existence de ce virus relayées par la population et par les acteurs

politiques. Nous verrons ensuite comment le déni de ce virus entraîne d'autres rumeurs révélatrices d'une peur de la maladie et de la mort amplifiée par les pratiques sanitaires pour l'éradiquer. Et le contexte d'après colonisation par la Belgique dans lequel il survient, la non- confiance dans les institutions nationales et internationales de cette population en guerre depuis des décennies.

Rumeurs sur l'existence d'Ebola : le déni

Bien que plus de 1400 personnes sont déjà mortes dans cette région à cause de ce virus, certaines populations hésitent à croire en sa réelle existence :

- « *l'existence d'Ebola, moi je n'y crois pas* »
- « *la maladie a été politisée et on nous force à croire que la maladie existe* » (France 24: 2019).¹¹ Au sein de la population de Béni au Nord-Kivu.

Dans une région déjà en proie à la guerre et dont le nombre de victimes dépasse de loin celui des victimes d'Ebola, la population se méfie de l'apparition de ce nouveau désastre. Pour elle, il est suspicieux de voir le remous que provoque cette maladie alors que jusque-là, cette région était oubliée de tous. L'un des médecins de la région interviewé par la journaliste Colette Braeckman explique le ressenti de la population face à tous ces dispositifs mis en place dans le but d'endiguer Ebola dans cette région:

« la violence des groupes armés a fait plus de 30.000 morts, bien plus que les 1756 victimes d'Ebola, et personne n'a réagi ; en fait, les gens pensent qu'on veut les exterminer et ils se méfient de tout le monde... » (Braeckman 2019)¹².

Dans cette recherche de se délivrer de ce mal, la réalité objective « n'a plus d'importance. Il suffit que le patient adhère au système de représentation qui lui donne une interprétation du dérèglement dont il est la victime pour que la magie opère et que le protocole de guérison acquiert aux yeux de celui auquel il est administré. » (Maïla dans Godelier et al.2011: 152).

¹¹ <https://www.youtube.com/watch?v=nbhcqaTA3GY>

¹² <http://blog.lesoir.be/colette-braeckman/>

Accepter cette maladie peut aussi avoir des répercussions d'ordre économique sur la population des régions affectées. Lorsque l'épidémie est déclarée dans une région. Cette dernière doit suspendre tous les échanges commerciaux et tous les déplacements des personnes des différentes communautés, pour éviter des chaînes de transmission.

Le déni est alors un mécanisme mis en place par les personnes des régions affectées afin de lutter contre la stigmatisation et l'exclusion que subissent les entités atteintes par ce virus (Hewlett 2008 dans Décaillet 2015: 28).

De cette rumeur sur l'inexistence de ce virus dérive une mosaïque de rumeurs s'imbriquant les unes dans les autres, certaines portant sur l'origine de la maladie semant méfiance et défiance envers les différentes institutions qu'elles soient nationales ou internationales.

b. Rumeurs sur l'origine de ce virus

1. L'exemple des Nandés

Les explications locales sur l'arrivée du virus sont parfois en lien avec des conflits préexistants. Une partie de la population se réapproprie cette maladie pour, criminaliser ceux qu'elle juge indésirables. Les désigner comme coupables accroît la haine et justifie les marginalisations, les tensions ethniques et les assassinats.

Dans la région d'Ituri (région située au sud du Nord-Kivu) par exemple, la rumeur rapporte que le virus d'Ebola aurait été apporté et transmis par les Nandés, ethnie constituant la majorité de la population du nord. Dans cette région les Nandés ont depuis longtemps eu des conflits à caractère économique avec le reste de la population, car au départ elle n'est pas originaire de cette province, alors qu'elle contrôle les routes commerciales, au désavantage de la population locale. Ce conflit local a, dans le passé, provoqué des guerres interethniques. (Sweet&Beford dans Social Science dans Humanitarian Action 2018: 1).

Un reportage du médium France 24 mis en ligne le 27 juin 2019 et intitulé « Ebola en RDC, une épidémie des rumeurs »¹³, décrit que la rumeur sur la maladie

¹³ Emission spéciale réalisée par Liselotte Mas et Maëva Poulet, dans laquelle est passé en revue la méfiance envers les équipes de riposte dans les régions de Beni et Butembo dans le Nord-Kivu. Elle est

d'Ebola dans le district de Beni serait utilisée comme une arme contre l'ethnie des Nandés. Dans ce district à majorité Nandé les milices perpètrent des massacres. Certains habitants voient dans la lutte contre le virus d'Ebola une autre arme pour les exterminer. Puisque les Centres de Traitements d'Ebola (CTE), des lieux où l'on meurt, ont été installés dans la région. (France 24 : 2019). Les Nandés, fatigués par les multiples conflits violents dans leur région, se méfient de tout. C'est ce qu'explique la députée Esther, fondatrice de l'organisation de soutien aux femmes Lamuka dans l'article de Colette Braeckman :

« En fait, la population est fatiguée, la guerre dure depuis trop longtemps, la population se méfie de tout le monde... Les Nande (population majoritaire à Béni et Butembo) ont le sentiment que leur région est convoitée, que leurs communautés sont marginalisées. Ils craignent la balkanisation du pays, certains croient qu'on veut éliminer les Congolais de souche pour faire venir des étrangers... Dans ce contexte, les gens refusent de se rendre à l'hôpital ou dans les centres de santé, car ils assurent que c'est là, que c'est là qu'on est contaminé, c'est là qu'on meurt. » (Braeckman 2019).

Les rumeurs sont le produit des peurs et des rivalités. Elles partent aussi de constat des gens : les Centres de traitements d'Ebola sont vus par la population comme des lieux de morts et non de guérison. Des liens sont faits avec les événements du passé, massacre, envahissement, violence pillage en contexte de flou et de manque d'informations largement accessibles.

In fine, la rumeur existe et prend place dans la conscience des collectivités parce qu'elle est inscrite dans l'histoire et dans l'imaginaire collectif. Elle est un fait de l'actualité et elle fait sens car elle découle des vécus et d'une histoire collective constituant de cette manière une passerelle entre le présent et le passé d'un groupe social donné (Décaillet 2015: 19).

disponible sur le site de France 24 et sur Youtube via le lien suivant :
https://www.youtube.com/redirect?q=http%3A%2F%2F24.my%2FObsYT&redir_token=9U3157qegrS8kKa7QiT2Nj0FMEd8MTU2NTEwOTA2NkAxNTY1MDIyNjY2&v=FVTaOMYmBeM&event=video_description .

2. Rumeur et point de vue sur les Centres de Traitement Ebola : CTE

Rappelons que les Centres de Traitements Ebola sont des lieux de prise en charge des personnes susceptibles d'être infectés par le virus. Les malades y sont isolés et les centres sont interdits d'accès à la population afin d'éviter la propagation du virus et de protéger le voisinage (Ibid).

Les CTE, où sont amenés les malades ne permettent que rarement leur guérison, mais bien du contraire. En réalité, ils sont d'abord conçus comme des lieux d'isolement des malades pour éviter qu'ils ne contaminent d'autres personnes. Au vu de la mortalité, ces lieux sont diabolisés par la population. Ils sont considérés comme une arme d'extermination « comme un lieu de contamination, un mouroir et un lieu de supplices, où on vend les corps ou certains organes » (Faye 2015: 6)¹⁴.

« Comment verrez-vous une structure sanitaire où les 90% de la population vont mourir et seulement 10% vont guérir ? Donc, là il y a peur, quand on te dit d'aller au CTE, là tu crois directement à la mort » (Grâce Kaghovi, enseignante à Butembo, dans France 24 : 2019)¹⁵.

L'interdit de pénétrer dans les centres est vu comme un manque de transparence : « pourquoi interdire s'il n'y a rien à cacher ? ». Ce qui du point de vue épidémiologique est une recherche d'endiguer et de briser la chaîne de transmission, est suspicieux du côté local. Cette suspicion va créer une peur et des rumeurs à l'égard de ces centres. L'isolement imposé des malades est aussi culturellement mal vécu, d'autant plus qu'il est imposé par des « étrangers » dans une région où la venue des « étrangers » a souvent provoqué des conflits et des rivalités comme nous l'avons vu plus hauts avec les déplacements forcés par les autorités coloniales belges notamment.

De plus, cet isolement contraint la population à rompre des habitudes inscrite dans leur culture, souligne Evelyne Josse : « Les mesures préventives de santé publique se heurtent aux pratiques et traditions des populations locales. Ainsi,

¹⁴ L'anthropologue Sylvain Landry Faye, dans son article parle du cas Guinéen, des rumeurs survenus suite à ebola et à la manière dont il a été traité. Il est très intéressant de voir de si grandes similitudes dans la conception, dans la manière de vivre et dans les rumeurs autour de ce virus par la population.

¹⁵ <https://www.youtube.com/watch?v=FVTaOMYmBeM>

proscrire de veiller les malades (...) remet en cause les principes de solidarité et de sociabilité sur lesquels reposent la culture africaine.» (Josse 2017: 32)

Le haut taux de mortalité, le sentiment de flou et de manque de transparence créent de la méfiance voire de la colère. Les personnes présentant les premiers symptômes de ce virus redoutent de s'y rendre de peur de mourir loin de chez elles dans des circonstances obscures ou comme le dit la rumeur ; qu'on leur vole leurs organes.

Colette Braeckman¹⁶, explique que le schéma habituel de soin est celui que les gens adoptent spontanément face aux premiers symptômes de la maladie à virus d'Ebola. Ces symptômes comme déjà signalés ne sont pas spécifiques de la maladie (ils ressemblent à ceux du paludisme fréquent dans cette région). Les personnes vont alors, comme à leurs habitudes se tourner vers ce qui fait soins pour eux « chez les tradi praticiens, les guérisseurs, moins chers et plus nombreux que les médecins formés à l'Occidentale » (Braeckman 2019). Et comme souligne Didier Fassin, c'est souvent vers des médecins aux pouvoirs surnaturels que les gens se tournent pour soigner leurs maux: « (...) la gestion collective de la maladie et du malheur ne relève pas des institutions spécifiques. Qu'une épidémie survienne et c'est du côté des hommes aux pouvoirs mystiques, que l'on cherche les origines du mal et les remèdes qu'il convient de lui apporter. » (Fassin 1996: 217).

Et dans le cas d'Ebola, les soins habituels n'y pouvant plus rien, les personnes infectées finissent par se rendre dans les CTE, mais ayant trop attendu, ces derniers y succombent quelques heures après y être arrivés. Ce qui en fin de compte, alimente les rumeurs et la mauvaise réputation de mourir de ce lieu (Braeckman 2019).

¹⁶ Dans « Carnet de Colette Braeckman » publié dans le soir relatant les différents faits et implications liés à ce virus et étalés sur des dates différents dans cette régions. <http://blog.lesoir.be/colette-braeckman/>

Notons que ce n'est pas le recours à ces diverses sortes de soins distinct de la médecine occidentale qui intensifie le taux de mortalité et de contagion de ce virus, mais également l'impréparation face à ce virus des structures sanitaires locaux. Le directeur exécutif, Dr Michael Ryan, chargé du programme à l'OMS, Kinshasa témoigne de cette situation :

Des gens arrivent avec le paludisme et rentrent chez eux avec Ebola, et ça représente un véritable problème au sein du système de santé, qui a besoin de plus de moyens et qui a besoin d'être plus sûr (France 24: 2019)¹⁷.

c. Les pratiques funéraires

Dans de nombreuses ethnies du Kivu et en particulier parmi les Nandés ; toute mort est associée à une cause soit surnaturelle ou à un coupable, une mort n'est jamais naturelle ou simplement due à une maladie (Mukarania Kahambu¹⁸ 2019).

Dans une région où la violence est liée à l'économie, des rumeurs de lucre sur les cadavres circulent :

« Les gens pensaient que il y a eu des trafics d'organes humains et il y a des gens qui sont en train d'être tué expressément dans les centres de traitement. Et à ce moment-là, et ils se disent comment on peut enterrer nos membres alors qu'ils ne sont pas là . Ils récupéraient d'abord les corps puis ils ouvraient les cercueils jusqu'à ouvrir les sacs mortuaires pour voir si la personne se trouve à l'intérieur »¹⁹ (Propos de Umbo Salama, Blogueur congolais, interviewé par France 24: 2019).

En plus des différentes prescriptions préventives qui semblaient déjà suspectes pour la population, les pratiques funéraires imposées elle-aussi par « les étrangers » sont particulièrement suspectes. Dans cette région, les obsèques se passent dans un rituel précis. Le corps du défunt est exposé et en contact permanent avec la famille et leur proche venu témoigner de leur solidarité. Le rite permet à la personne décédée de passer dans l'autre monde, de devenir un ancêtre et de quitter paisiblement le monde des vivants. Les funérailles marquent la séparation

¹⁷ <https://www.youtube.com/watch?v=FVTaOMYmBeM>

¹⁸ In: these de doctorat en sciences politiques été sociales présentée par Nosta Mukarania Kahambu, UCL, 2019.

¹⁹ <https://www.youtube.com/watch?v=FVTaOMYmBeM>

définitive avec le mort. C'est aussi le moment d'extérioriser sa peine et de recevoir par conséquent le soutien de la communauté selon les us et coutumes. Les funérailles attestent du changement de statut ; devenir veuf ou veuve, de devenir chef de famille pour le cas des garçons aînés, etc. (Josse 2017 :32).

Il est dès lors difficile de déroger à ces pratiques culturelles. Le faire est une insulte à la personne décédée qui risque de ne pas trouver le repos et qui pourrait hanter les vivants. Ne pas pratiquer ces rites inspire de la crainte pour les vivants : « Les parents endeuillés répugnent de déroger aux règles funéraires traditionnelles et religieuses. Tout manquement à celles-ci leur inspire de la crainte (par exemple, conséquences fâcheuses pour le repos du défunt, colère du mort ou de Dieu déclenchée par la non-observance des rites, etc.), sentiment de culpabilité de faillir à son devoir envers les disparus, etc. » (Ibid.).

Pour limiter tout risque de contagion, les organisations humanitaires se chargent des cadavres des personnes décédées de la maladie à virus d'Ebola. « Les mesures sécuritaires imposent l'enfermement du cadavre dans un sac étanche, désinfecté, inaccessible au contact physique et au regard des parents. Par contre, le cercueil ainsi préparé n'a pas besoin d'être manipulé par des personnes en tenue de protection individuelle. » (Epelboin 2012: 21). Ces mesures de protection misent en place, les cadavres sont alors ensevelis. Ces pratiques hygiénistes font violence aux proches, même si cela est fait avec douceur et empathie. Ces enterrements sécurisés privent les proches du défunt de tout rôle dans les obsèques (Desclaux&Anoko 2017: 483). Cette manière d'opérer est offensante pour la population « Ce traitement peut choquer ou offenser les affligés, car dans la majorité des cultures, le cadavre reste un membre de la communauté et ne peut être traité comme une simple dépouille » (Josse, 2017: 32). La population développe des rumeurs sur des pratiques anthropophages et sorcellaires de la part de l'équipe de riposte (Epelboin 2012: 22). Par conséquent, la population produit des comportements d'agressivité et des violences envers les hygiénistes en réponse à ce qui leur fait violence, dans un contexte, rappelons-le, de violence endémique où les agressions répondent sans cesse aux agressions.

Cette vague de violence contre les soignants a amené les équipes de la riposte à l'épidémie à améliorer leurs méthodes en permettant à quelques personnes

proches du défunt de le voir durant tout le processus d'obsèques ; de la mise en sac à l'acheminement jusqu' à l'hôpital sécurisé (Ibid).

Ces circonstances mettent en avant une situation de confrontation entre les besoins et les habitudes culturelles de la population face aux stratégies biomédicales des soignants pour endiguer ce virus. Ces différents dispositifs « importés » dans cette région pour lutter contre ce virus revêtent un caractère fort contraignant pour la population du point de vue social, culturel, etc. « Les mesures sanitaires occidentales sont alors légitimées à priori par leur dimension « humanitaire » et donnent une caution morale à des actes de pouvoir qui imposent pourtant des contraintes lourdes (Hours 1998) et incompréhensibles » (Glasquet-Blanchard 2015: 10) pour les gens localement.

Mesures coercitives sanitaires (équipe hygiéniste, désinfection des domiciles).

« Une rumeur indiquait que des agents de la riposte vaporiseraient le virus directement dans les toilettes pour en fait contaminer les habitants, cette rumeur a eu des répercussions réelles puisque on a vu mi-avril, un agent de la riposte s'est fait tabasser par des habitants à Butembo justement parce qu'il se rendait aux toilettes et qu'il avait été surpris par des habitants qui du coup, ont dit qu'il était là pour les contaminer. » (France 24: 2019).

Les diverses actions à réaliser par les hygiénistes de la riposte les conduisent sur le terrain, en contact avec la population susceptible d'être infectée. Ils sont doublement exposés, à la maladie et à la colère de la population. Malgré les mesures mis en place par l'équipe de la riposte, la population reste méfiante, voire agressive envers ces agents. Les équipes se font accompagner par des agents locaux pour améliorer la communication avec la population et par la même occasion leur transmettre des messages de mobilisation sociale. Mais certaines consignes comme le brûlage des effets personnels des défunts ou la manière de coucher les malades ou les personnes suspectées de l'être restent encore incomprises par la population.

« Ce fut le cas en particulier lors de la prise en charge d'une malade suspecte, hospitalisée dans la structure sécurisée, PCR négative, renvoyée au service de "médecine interne" de l'hôpital où elle est décédée sans poursuite de la prise en

charge par l'équipe de MSF. MSF fut accusé d'avoir provoqué sa mort par ce brûlage prématuré, ce qui fait que ses véhicules furent menacés voire lapidés dans le quartier concerné. » (Epelboin dans CNRS-MNHN & OMS 2012: 26-27).

Les méthodes mises en place pour endiguer ce virus sont vécues comme violentes par la population touchée : « Et si l'intervention d'urgence lors d'une épidémie constitue une lutte pour l'endiguement de celle-ci, elle revêt, selon des formes symboliques et concrètes, les aspects d'une guerre biologique, contre le virus, mais aussi contre l'individu, la communauté et la nation touchée » (Gasquet-Blanchard 2015: 7).

Cela entraîne une aversion envers les structures de santé du Nord-Kivu.

La conséquence de ces rumeurs ce que les gens se cachent parce qu'ils ne veulent être pris pour être amenés au centre de traitement Ebola donc les gens s'auto-médiquent maintenant, il y a même des enterrements qui se font en cachette. (Charles Mathekis, enseignant à Butembo in France 24)²⁰.

A ce contexte de violence dans lequel la riposte d'Ebola se fait, viennent s'ajouter une violence quotidienne des habitants et leurs appréhensions face aux étrangers, comme évoqués dans le premier chapitre.

Néanmoins, la manière d'opérer de l'équipe de riposte n'est pas le seul facteur déclencheur de la méfiance et de la défiance dans cette région. Comme le confie le député congolais Jackson Muhongyo à Colette Braeckman, depuis le début de la lutte contre Ebola, plusieurs stratégies ont été mises en place afin d'établir un sentiment de confiance. Parmi ces stratégies, il évoque par exemple, le fait de se rendre sur le terrain avec une équipe s'exprimant dans la langue locale, d'être une équipe multidisciplinaire composée d'anthropologues, de prêtres, de pasteurs, etc. Cela a eu des retombées positives comme il l'explique : « certains de ces religieux acceptaient de se faire vacciner en public, pour rassurer les gens, donner l'exemple. On croyait qu'on allait y arriver: les gens allaient dans les centres demander le vaccin, c'était positif ... » (Ibid). Cependant, une année après, le virus n'est pas endigué et la confiance s'effrite de plus en plus suite à des messages négatifs sur la mobilisation face à Ebola « A mesure que les groupes armés, qui sévissent dans l'Ituri et au Nord-Kivu, multipliaient les attaques, des

²⁰ <https://www.youtube.com/watch?v=nbhcqaTA3GY>.

messages passaient , disant :« dans les villages, on vous égorge, et là, la communauté internationale, MONUCO²¹ en tête ne bouge pas. C'est l'indifférence... » Lorsque les occidentaux sont arrivés à Butembo, avec des véhicules tout terrain, des avions, des casques de protection, des gilets pare-balles, les gens ont commencé à les conspuer: « On nous tue, vous ne faites rien. Si vous ne voulez pas nous protéger contre Ebola, vous devez aussi nous protéger contre les tueries » (Ibid).

L'incapacité de la MONUCO à empêcher les massacres amène méfiance et incompréhension. Le raccourci entre son travail et celui des équipes de soins est souvent fait, d'autant plus facilement que les deux sont souvent en lien avec les Nations Unies et présentent des relents de néocolonialisme sous forme de décisions unilatérales de ce qui est bon pour « l'autre ». Rappelant ainsi la colonisation par la Belgique, par ailleurs, « comme l'ont montré plusieurs recherches, les missionnaires, les fonctionnaires coloniaux, les humanitaires ainsi que les membres des agences de développement partagent souvent des imaginaires communs et des rapports au terrain similaires » (Matesci & Desgrandchamps 2022: 9)

« La première des conséquences de la mainmise de l'Occident sur la projection humanitaire s'exprime par la sélection des situations qui méritent une intervention et leur hiérarchisation. Le simple fait de considérer un théâtre d'action prioritaire sur un autre ne fait-il pas intervenir des référents fondamentalement occidentaux ? Et si une situation de crise mérite plus d'attention des ONG internationales qu'une autre, n'est-ce pas parce qu'elle correspond davantage aux principes et idéaux que les acteurs humanitaires diffusent par leur action ? » (Bazin, Fry et Levasseur 2010: 3).

²¹ Mission des Nations-Unies pour le Congo

d. Toute puissance occidentale

Comme nous l'avons mentionné succinctement dans le point précédent, la riposte à Ebola est empreinte d'imposition des méthodes de gestion de ce virus, souvent en contradiction avec les réalités et les besoins locaux. Dans un témoignage de la directrice adjointe des programmes MSF dans cette région sur son année dans la riposte, elle reprend les propos d'une de ses collaboratrices sur la colère et la méfiance de la population. Ces propos expriment très bien, me semble-t-il la frustration et la divergence au niveau de la hiérarchisation des priorités des ONG d'une part et des locaux d'autre part.

« Mon mari a été tué dans un massacre à Beni. À cette époque, tout ce que je voulais, c'était qu'une organisation vienne nous protéger des tueries, mais aucune n'est venue. Trois de mes enfants sont morts du paludisme. Aucune organisation internationale n'est jamais venue pour travailler dans ce domaine et s'assurer que nous avons accès à des soins de santé ou à de l'eau potable. Mais maintenant, le virus Ebola arrive et toutes les organisations viennent parce qu'Ebola leur donne de l'argent. Si vous vous souciez de nous, demandez-nous nos priorités. Ma priorité, c'est ma sécurité en veillant à ce que mes enfants ne meurent pas du paludisme ni de la diarrhée. Ma priorité n'est pas Ebola, ça c'est la vôtre » (Trish dans MSF 2019)²².

De facto, Ebola est apparue dans cette région dans un contexte déjà traumatique marqué par des décennies de guerre inter et intra-ethnique ; et au cours desquelles il n'y a pas eu d'intervention internationale. A Butembo, par exemple, un groupe de lutte contre la diffusion des rumeurs sur Ebola explique que pour les comprendre, il faut d'abord analyser le contexte dans lequel elles interviennent. Ce groupe « Famille unie contre Ebola à Butembo²³ » interviewé par les journalistes de France 24 explique que les rumeurs à Butembo sont issues du contexte particulier propre à cette région.

Pour ce groupe, trois principales hypothèses expliquent et justifient l'apparition de ces rumeurs:

²² <https://www.msf-azg.be/fr/blog/un-an-d'ebola-au-nordkivu-de-l'espoir-au-désespoir>.

²³ <https://www.facebook.com/Familles-unies-contre-Ebola-à-Butembo-1088577044648076/> est un groupe présent sur les réseaux sociaux qui analyse et donne des clarifications sur ce virus.

- Les habitants de cette région sont des laissés pour compte par la communauté internationale et par Kinshasa. Cet intérêt soudain et ces déploiements financiers mais aussi humaine qui en suivent marque un contraste questionnant.
- Ce n'est que parce que ce virus va traverser les frontières les frontières et aller au Rwanda qu'OMS décide enfin d'en faire une urgence humanitaire alors qu'il avait déjà fait beaucoup de morts au Nord-Kivu.
- La venue de médecins étrangers ne parlant pas les langues locales a créé des problèmes de communication qui se sont interposés entre les locaux et les équipes de la riposte (France 24: 2019)²⁴.

e. Une méfiance en contexte postcolonial

Bien d'autres rumeurs sur ce virus démontrent qu'au-delà de son contexte sanitaire, cette maladie est aussi prise comme un fait socio-historique et socio-politique. Les différents reportages réalisés par le médium France 24 le montrent.

Comme expliqué dans le deuxième chapitre, pour faire face à l'épidémie, des dispositifs et un personnel spécialisé et souvent étranger sont mis en place dans les régions affectées. Le but principal des équipes de riposte est de limiter au maximum la propagation de cette maladie. Cependant, les techniques utilisées pour atteindre ce but sont issues d'une vision médicale scientifique de la maladie, de ses effets et de sa transmission. Cette vision biomédicale fondamentalement occidentale se retrouve souvent en contradiction avec les croyances populaires.

Les équipes se heurtent dès lors à la méfiance et à la peur de cette population. Comme le postule l'anthropologue spécialiste en santé publique Séverine Thys et l'épidémiologiste Marleen Boelaert dans leur article sur l'origine d'Ebola: discours biomédical versus interprétations populaires à Macenta en Guinée « La méfiance de la population est due à des modes opératoires antinomiques, du point de vue social surtout, à leur routine médicale et surtout funéraire. Pour les paraphraser « notre hypothèse de travail est qu'une partie de la réticence des

²⁴ Reportage de France 24 du 16 mai 2019 réalisé par Maëva Poulet, journaliste de France 24 et intitulé « Dans le Nord-Kivu, la riposte contre Ebola fait face aux rumeurs ». <https://www.youtube.com/watch?v=oaocsJcIltc>.

communautés par rapport aux mesures de riposte proposées contre le fléau qu'est Ebola, trouve son origine dans la divergence entre des systèmes explicatifs de la maladie, d'une part biomédicaux et d'autre part populaires. » (Thys & Boelaert 2017: 499). Bien que leur hypothèse a été formulée à partir du cas guinéen, elle fait cependant pleinement sens dans le cas Kivutien.

En contexte postcolonial, alors que les blessures de la déshumanisation et de l'infantilisation par les colons belges sont encore à vif, l'implantation des centres sans que la population n'ait été consultée est souvent perçue comme une répétition douloureuse de l'histoire. La colère en est d'autant plus grande.

La peur des institutions spécialisées dans la lutte contre le virus est expliquée par Clélia Blanchard comme une violence au corps individuel, voire collectif : « Durant l'épidémie, la maladie touche les individus d'une population qui vit « l'intervention humanitaire » comme une guerre contre son propre corps social, malade, apeuré, en détresse. Ce corps (individuel comme collectif) vit une intrusion en raison des actions de gestion, prise en charge, prévention qui paraissent étranges, incompréhensibles (l'hospitalisation inefficace de malades pour la survie), violentes (vécues comme une invasion par le groupe dominant et temporaire (s'interrompant dès la fin de l'épidémie alors que d'autres maladies sévissent dans le village) » (Glasquet-Blanchard 2014 dans Glasquet- Blanchard 2015: 7-8). Ces pratiques biomédicales sont une violence culturelle, empiétant à la coutume, un manque de diplomatie dans la mise en place de la riposte dans cette région. En effet, il est de coutume au Nord-Kivu de passer par les autorités locales avant de mettre en place un projet, et pour que la population y adhère. Comme le souligne le docteur Jackson Mohongyo, député congolais « Dans notre région, la méfiance est devenue terrible. Les expatriés qui débarquaient ainsi que les missions envoyées par Kinshasa ont commis des erreurs. Chez nous, il faut respecter la hiérarchie de la société, rendre visite aux autorités locales, demander leur appui, ce qui n'a pas été fait suffisamment. ». Il ajoute aussi que cela a entraîné une non-rencontre entre eux et la population, ce qui a amplifié le sentiment de méfiance, « soumis à une propagande négative, les gens ont commencé à se méfier, ils se sont sentis laissés pour compte car les nouveaux venus négligeaient de se rendre dans les villages, de travailler à la base. Des erreurs ont été commises et les dysfonctionnements doivent être identifiés... » (Carnet de Colette Braeckman 2019).

« Les rumeurs à l'égard (des dispositifs de riposte à Ebola) peuvent aussi être entendues comme une expression d'un manque de confiance qui prend corps dans un contexte socio-historique singulier (les violences qu'ont connues les populations congolaises lors de la colonisation belge)» (Faye 2015 :7).

Dans ce cadre, Ebola devient dès lors, un fait politique et social intervenant comme le souligne Clélia Gasquet-Blanchard dans un environnement historique de post-colonie belge. En effet, dans le contexte où les mesures de gestion de cette épidémie sont entravés par des habitudes locales antinomiques, cela entraîne une certaine bio légitimité une imposition de certains dispositifs et pratiques purement médicales au dépens des coutumes locales. Conséquemment, la population adopte un comportement de défiance et remet en cause le « pouvoir biomédical associé au pouvoir postcolonial » (Gasquet-Blachard 2017: 456).

Des comportements aux allures de post-colonisation par la Belgique se manifestent également dans ce qui se donne à voir des membres des ONG. En effet, la population du Nord-Kivu n'est pas seulement rongée par la guerre, elle connaît aussi des conditions d'extrême précarité (Niang 2014: 98). La situation de pauvreté des habitants contraste avec celle luxueuse des expatriés qui débarquent dans leur grosse voiture Ils sont perçus comme arrogants par la population.

Pour reprendre les mots d'un habitant de Butembo « (...) *la question financière, elle est importante puisque des expatriés sont venus dans cette région avec un peu plus d'argent que les habitants. Et qu'ils roulent en 4X4, pour beaucoup, ça a été vu comme un comportement un peu arrogant* » (France 24: 2019)²⁵.

Ce différentiel criant favorise l'émergence des peurs à l'origine des rumeurs, de la méfiance en contexte post-colonialisme belge : « La crédibilité du discours officiel sur l'épidémie n'est pas sans lien avec le contexte postcolonial, lequel se caractérise par ailleurs par la faiblesse des relations de confiance avec les communautés de base. Que ce discours amplifie l'importance de la réponse médicale nationale et internationale ne le rend pas plus crédible ; le dispositif médical officiel et ses prolongements internationaux sont vus comme procédant

²⁵ Ibid

de pouvoirs par nature étrangers et hostiles. Le manque de confiance renvoie à l'incapacité de la réponse officielle à interpréter et à comprendre les discours des communautés de base. » (Niang 2014: 98).

Et au niveau national, l'arrivée de staff étranger et l'imposition de certaines mesures de santé sont vues et vécues comme une perte de souveraineté. Pour illustrer, cela a été le cas lors de l'introduction d'un vaccin controversé sans l'aval du gouvernement congolais. En effet, un vaccin dont l'efficacité n'avait été prouvée que sur les primates avait été introduit au Congo pour être testé sur des humains afin d'être validé. Outre, son caractère douteux, ce vaccin est remis en doute par bon nombre de scientifiques et contiendrait une substance, l'adénovirus, favorisant la transmission des maladies comme le VIH. Face à cet acharnement, le ministre congolais de la Santé a dénoncé cette situation qu'il a qualifiée de malveillante et non éthique : « introduire un vaccin en pleine épidémie, sans l'aval des autorités sanitaires congolaises représente une atteinte tant à l'éthique médicale qu'à la souveraineté congolaise » (Carnet de note de Colette Braeckman 2019). A cela s'ajoute le fait que la responsabilité d'endiguer ce virus a été finalement confiée à des institutions internationales, ôtant ainsi de leurs prérogatives le ministère de la Santé et les autorités sanitaires. (Ibid)

Il n'est dès lors pas étonnant que la présence d'étrangers, « Blancs » en l'occurrence suscite la peur et la méfiance. Rappelons que l'histoire du Nord-Kivu est jalonné par des guerres et des rivalités entre autochtones et étrangers. Et cette fois, à cette peur de l'étrange hostile s'ajoute, les firmes pharmaceutiques, qui les considèrent comme des cobayes sur lesquels ils peuvent tester des vaccins annoncés comme défectueux. Ainsi, le message du ministre de la Santé face à ce vaccin sera entendu par les habitants de Béni, à l'exemple du dirigeant des équipes de riposte civile dans la région de Béni, qui s'en offusque au nom de la population de Béni :

« Ce vaccin suscite une forte résistance ; les gens disent qu'il rend stérile, qu'en fait on veut exterminer la population... Nous refusons d'être des cobayes, de permettre aux Américains de gagner des millions sur notre dos ; nous savons que sur le marché des vaccins il y a une grande compétition » (Ibid).

Toutes ces histoires autour de ce vaccin entraîneront la démission du ministre de la santé, Oly Ilunga, comme le souligne Colette Braeckman « La démission du

ministre de la santé a claqué comme un défi aux oreilles des experts internationaux de la lutte contre le virus Ebola » (Ibid). Mais sa démission est surtout motivée par une mise en place d'une autre unité de gestion de ce virus, retirant au ministère de la santé la responsabilité d'endiguer ce virus. Dans sa lettre de démission, il mentionne:

« il ne peut y avoir plusieurs centres de décision au risque de créer des confusions (...) L'unicité dans la gestion d'une telle riposte répond ainsi au triple impératif de l'efficacité, de la cohérence des décisions prises et de la recevabilité » (Le spécialiste 2019) . Il déplore aussi les logiques d'intervention d'une crise humanitaire:

« Les pressions de toutes parts qui tendent à en faire une crise humanitaire dont les logiques d'intervention consacrent la mise en place d'un système parallèle qui ne renforce jamais le système de santé existant ». (Ibid)

Finissons d'une part ce point par ce passage de l'article « L'aide humanitaire internationale non gouvernementale : un monopole occidental », qui explique la constance d'une certaine hiérarchisation des savoirs (peut-on dire aussi la hiérarchisation des vies au vu des doutes autour des vaccins introduits pour des tests au Nord-Kivu) lors de la collaboration entre ONG internationales et acteurs locaux ; « Fortes de leur expertise dans la gestion de l'urgence, les ONG internationales ne nient pas le fait d'avoir besoin de partenaires locaux, mais conservent pour certaines des rapports de subordination vis à vis de leurs homologues. » (Bazin, Fry, Levasseur 2010: 3).

Et d'autre part, par ces extraits de l'article Ebola, géographie d'un virus. Enjeux socio-spatiaux en Afrique centrale , qui questionne sur la valeur des vies humaines relatif à « race » et à la classe sociale. Clélia Glasquet-Blachard explique que dans un premier temps lorsque les traitements expérimentaux existaient en infimes quantités, ils étaient administrés à des occidentaux et aux personnels soignants, prouvant ainsi que les vies ne se valent pas, qu'en fonction de la race certaines vies comptent plus d'autres. Cependant, suite aux polémiques de l'année 2014, des mesures ont été mises en place pour éviter ces gradations quant aux valeurs des vies humaines « La polémique médiatique de l'été 2014 sur l'attribution de traitements expérimentaux à des soignants occidentaux plutôt qu'à des malades locaux a néanmoins ouvert le débat sur la possibilité de la mise place d'un cadre

de gouvernance de réaction rapide au niveau mondial qui devrait être établi comme une question d'urgence, particulièrement pour l'emploi d'interventions non homologuées dans des contextes humanitaires » (Singh 2005 dans Glasquet-Blanchard 2015: 14).

f. Ebola « Business »

Un autre facteur induisant la méfiance de la population envers l'équipe de la riposte et les dispositifs mis en place par cette équipe est la spéculation monétaire autour de ce virus. Comme nous venons de le voir, d'abord les expatriés qui viennent en 4X4, ensuite la polémique autour des vaccins d'Ebola liée à un aspect financier.

Les rumeurs au sein de la population, disent que les équipes de la riposte s'enrichissent grâce à Ebola raison pour laquelle, il est préférable pour eux que ce virus ne soit jamais endigué. Obnubilés par la somme immense qu'ils accumulent, les agents de santé n'ont plus pour objectif premier de guérir les personnes atteintes pour la population.

« certains accusent les agents de s'intéresser beaucoup plus à leur salaire et de se comporter comme des autorités plutôt que de se comporter en agents sociaux » (Rose Tuombeyane, activiste des droits de l'homme au Congo in France 24 2019)²⁶

Pour la population, les personnes travaillant dans les programmes de la riposte sont nanties et bénéficient de conditions privilégiées. « Voiture neuve, montant des salaires, expatriés logés à l'hôtel ». Ces éléments entretiennent les rumeurs sur un business Ebola auprès des habitants qui vivent dans de conditions de pauvreté ; gagnant en moyenne 15euros/mois. Et qui de plus, sont susceptibles de contracter le virus dans les structures de santé et des chances minimales d'y en guérir (Ibid).

Colette Braeckman témoigne de la prégnance de cette idée dans les esprits congolais. Car pour une infirmière dont le salaire s'élevait à 60 dollars, dès qu'elle passe dans l'équipe de la riposte, son salaire va passer à 260 dollars, ce qui crée aussi des jalousies. Pour la population cet argent aurait dû plutôt servir à lutter

²⁶ <https://www.youtube.com/watch?v=FVTaOMYmBeM&t=13s>

contre la guerre civile, à mater les groupes rebelles dans cette région, car ils font plus de victimes qu'Ebola (Carnet de note de Colette Braeckman 2019).

Nonobstant, des facteurs comme le report des élections dans la région de Béni et Butembo alimentent encore plus la méfiance envers la communauté internationale et nationale.

« La méfiance est le principal frein à la lutte contre Ebola et des évènements récents, comme les élections organisées avec trois mois de retard, la démission du ministre de la Santé, les dissensions au sommet de l'État ou l'introduction d'un nouveau vaccin approfondissent le fossé entre la population et ses dirigeants. Pire encore: entre la population de Béni et Butembo et le reste du monde, c'est le gouffre qui se creuse » (Carnet de note de Colette Braeckman 2019).

g. La méfiance des autorités locales et l'instrumentalisation de ce virus à des fins politiques.

Oubliés par la communauté internationale, les habitants de Béni et Butembo se sentent aussi délaissés par l'État. Ce sentiment de délaissement a été accentué par le report des élections dans cette région suite à Ebola. Cela est alors apparu comme une ruse de l'État pour museler cette partie du pays. « *Certains leaders politiques et d'autres leaders d'opinion ont opté pour lancer des messages d'intoxication disant qu'Ebola était un outil conçu particulièrement pour réduire le poids politique de la population de Beni, Butembo qui était considéré comme acquise à l'opposition, je peux citer l'opposant Mbindule qui exprimé des doutes quant à l'origine d'Ebola.* » (Sammy Mupfina, Journaliste Goma dans France 24: 2019)²⁷.

Le report de ces élections a non seulement renforcé la méfiance envers l'État mais elle a surtout confirmé ce qui jusque-là était une rumeur « *je vous avais dit que la maladie à virus ebola, était un montage de toute pièce, voilà que ça a été la cause principale du report des élections.* » (France 24: 2019).

²⁷ <https://www.youtube.com/watch?v=FVTaOMYmBeM&t=13s>

Ces messages seront repris par des leaders politiques de l'opposition ainsi que certains médias avançant des théories du complot, et réfutant davantage l'existence de ce virus, inventés par l'État et la communauté internationale pour exterminer les habitants de Béni et Butembo.

h. Les difficultés du personnel soignant confronté à Ebola

On ne pourrait finir ce chapitre sans parler de la place du soignant et particulièrement de l'équipe de la riposte dans la lutte contre Ebola dans cette région. Étant donné que 30% des infections à ce Virus sont nosocomiales, c'est-à-dire que c'est dans les institutions hospitalières, centre de santé que les risques de contagion sont plus importants. (OMB in Braeckman 2019) ; conséquemment, le personnel soignant est alors le plus exposé, dans ce cas à des risques de contamination.

Quant aux équipes de la riposte, en plus de faire face à la méfiance de la population, ils doivent aussi affronter la situation sécuritaire peu rassurante dans cette région. Signalons qu'à maintes reprises, les membres de l'équipe de la riposte, ont été menacés de mort ou agressés voire, tués. En effet, le centre de Butembo a été attaqué le 24 février et le 9 mars, faisant un mort à chaque attaque (deux policiers), suite à cette deuxième attaque, MSF fermera ces portes dans cette région. Le 19 avril, un épidémiologiste camerounais de l'équipe de la riposte, Richard Mouzoko, est tué. Les miliciens qui ont perpétré cette attaque laissent une lettre en swahili mettant en garde les équipes de la riposte ; « *Nous avertissons les agents de la riposte, qu'on va les exterminer* » (France 24, 2019).

Les membres de l'équipe de la riposte vivent dans la peur et contraints de se cacher « *Si les miliciens viennent encore attaquer le centre de traitement, on peut fermer le centre pour toujours afin de garantir notre sécurité, ça nous fait peur et ça nous déshonore surtout. Nous voulons prier n'importe quelle autorité, de bien nous garantir parce qu'ils sont commencés à nous attaquer surtout à notre ménage et on se demande ça finira ou* » (Infirmier congolais in France 24, 2019).²⁸

²⁸ <https://www.youtube.com/watch?v=FVTaOMYmBeM&t=13s>

Il est évident que le travail des équipes de la riposte est entravé par le manque de la sécurité et par la défiance de la population. Colette Braeckman parle de tâche ingrate et dangereuse : « Pour les équipes de la riposte, la tâche est ingrate, et dangereuse : des voitures ont été caillassées » (Carnet de Colette Braeckman, 2019).

A cela, rajoutons, la charge émotionnelle qu'implique leur travail, les morts par chaîne, les enterrements de plusieurs personnes par jour et faire face à la douleur des proches du défunt, qui sont en plus susceptibles d'avoir été contaminés. (Josse 2017 :28).

Pour Clélia Glasquet-Blanchard, cette situation d'extrême violence à laquelle est confronté le personnel soignant, annihile toute démarche de rencontre entre soignant et soigné. Pour la paraphraser « De plus, les équipes médicales sont le plus souvent les équipes de souffrance (Thomas, 2008), qui se retrouve confrontées à la réalité extrêmement violente de patients qui meurent à la chaîne. Les soignants peuvent donc avoir tendance à se protéger par un activisme thérapeutique (thomas, 2008) dont la pertinence doit être interrogée (pas le temps d'humaniser la prise en charge). Ces situations induisent alors des ruptures de communication qui peuvent participer à une mise en risque des populations locales comme des équipes de terrain. » (Glasquet- Blanchard, 2019 :20).

Conclusion

L'épidémie de la maladie à virus Ebola au Kivu n'est pas le fruit d'un hasard malheureux. Si le virus apparaît bien pour la première fois comme maladie humaine de façon inopinée et accidentelle suite à un contact avec un animal porteur de la maladie, la propagation de l'épidémie était inévitable dans le contexte chaotique, d'isolement, de violence multiforme et de grande pauvreté du Nord Kivu.

Tous les ingrédients nécessaires à cette propagation étaient présents de longue date : des conflits armés récurrents, des violences et des massacres de populations, des structures sanitaires peu nombreuses, peu accessibles, déficientes, manquant de moyens matériels et humains, des populations mouvantes, en particulier des groupes armés et des groupes fuyant les massacres, un abandon de l'État central et des processus de défiance généralisée qui fissurent les bases communautaires. La révélation de cette épidémie et sa prise en charge par des équipes internationales met aussi en lumière, par contraste l'abandon à leur sort, depuis plus de vingt ans, des millions de personnes qui, au Kivu souffrent au quotidien de violences et de maladies qui tuent beaucoup plus qu'Ebola mais dont personne ne semble se préoccuper.

Les habitants du Nord-Kivu sont dès lors méfiants face à ceux qui se présentent comme des sauveurs. Des rumeurs circulent sur cette mobilisation de la communauté internationale face à Ebola alors qu'elle n'avait point bougé son doigt lors des tueries et des massacres perpétrés dans cette région. Ces rumeurs et cette méfiance sont l'interprétation de leur vécu ; du mal quotidien. « Ebola est interprété par les communautés en tenant compte de l'univers de sens qui fait partie de leur quotidien. On comprend bien que ce qui a pu être désigné comme « déni » de la maladie et « réticence » exprime en fait leur interprétation du mal au quotidien. En réalité, les populations rationalisent ce qui leur arrive en fonction de ce qu'elles savent. De plus, durant les premiers mois de l'épidémie, les activités ont été maladroitement, amplifiant du coup, la circulation de nouvelles formes de rumeurs (Faye 2015: 5).

En écho avec la population, nous interrogeons le sens du déploiement des mesures aussi coûteuses avec un focus aussi précis. L'urgence sanitaire était certes celle d'empêcher l'épidémie de s'étendre à l'ensemble de la région des Grands

Lacs, mais le budget disponible ne pouvait-il pas être, comme le demande la population, partiellement au moins utilisé à ce qui est la priorité locale, celle qui réglerait une bonne partie des problèmes récurrents: l'arrêt des violences et l'instauration d'une paix durable.

Des éléments interpellant se remarquent aussi dans la manière de gérer cette épidémie. Alors que certains ONG semblent conscientes qu'une grande partie de la population est infectée dans les structures sanitaires locales, qu'est-ce qui est mis en place pour permettre une collaboration entre ces ONG et les soignants locaux ? Comment briser la chaîne de contamination qui a lieu dans les hôpitaux et centres de santé locaux ? Le personnel local ne bénéficie pas des mêmes moyens de protection que le personnel étranger, sachant que le personnel local est laissé aux mains de l'État qui doit pourvoir à leurs besoins dans un contexte de pauvreté et de laissés pour compte ? La logique du chacun pour soi se glisse dans la prise en charge alors que c'est de solidarité dont les équipes, qui risquent leur vie en faisant ce travail, ont besoin. Il faudrait une répartition des moyens afin d'éviter cette impression de « eux » et « nous » (Todorov) qui semble présente dans la gestion d'Ebola au Nord-Kivu.

La prise en charge de l'épidémie d'Ebola, pose une question soulevée aussi dans certaines rumeurs qui circulent localement, celle de l'instauration d'un écran de fumée de bonnes consciences occidentales que représentent les organisations humanitaires internationales, pour ne pas avoir à répondre aux questions de plus en plus souvent posées, y compris sur la scène occidentale, sur l'éthique internationale dans l'importation des minerais du Kivu. Quels intérêts économiques et financiers nationaux et internationaux se cachent derrière l'énergie mise à enrayer l'épidémie d'Ebola et le peu d'intérêt pour les problèmes les plus meurtriers dans la région ?

La propagation de l'épidémie est aussi partiellement en lien avec des pratiques culturelles communautaires, une vie communautaire et en famille élargie, des rites entre autres funéraires qui tissent la trame du quotidien et tentent vaillamment de garder au moins, micro localement l'humain au centre de la vie. L'injonction occidentale à prendre en charge les malades selon les schémas biomédicaux fait triplement violence aux habitants :

- Elle s'impose comme une évidence absolue, plus importante que les coutumes. Cela insidieusement reprend des discours coloniaux où « l'autochtone » est celui qui ignore, celui qui doit être éduqué, celui qui est en voie de développement, en voie de devenir humain, car ses pratiques sont des « croyances » assimilées à des archaïsmes. Dénier l'importance première des pratiques culturelles, c'est établir une classification dans le degré d'humain, ce qui est fondamentalement une pensée coloniale.
- Elle dénie aux habitants le droit de décider de leurs priorités
- Elle condamne les morts à une mal-mort et les vivants à être hantés par leurs proches décédés à qui on a manqué de respect, ce qui de manière occidentalisée pourrait sans doute être traduit par processus pathologique de deuil. Comment alors les proches pourront-ils reprendre le fil de leur vie de façon sereine ?

Une étude ethnographique devrait toujours précéder puis accompagner un travail sanitaire de terrain, la précéder même s'il y a urgence. Si elle avait pu être réalisée avant la mise en place des premiers CTE, certaines erreurs qui ont perturbé la population, amené à la destruction de certains centres et à la mort de certains soignants auraient pu être évitées. En perdant un peu de temps, on en aurait finalement gagné.

Et enfin, plus globalement, il est important que les soignants (locaux et surtout étrangers) développent systématiquement une démarche compréhensive et empathique non-jugeante; ne cherchant pas à étiqueter les gens locaux. Cela est particulièrement compliqué pour les soignants qui sont habitués à étiqueter suivant des symptômes des maladies. Justement ne pas étiqueter à priori, des comportements sociaux à partir d'une vision occidentale de ce que devrait être la société. Ces visions ethno-centrées est l'un des torts qui ont conduit à une non-rencontre, une rupture de la communication et par conséquent à une rupture réciproque de confiance entre le soigné et le soignant.

Bibliographie

- **Ouvrages**

- Fassin Didier, 1996 « L'espace politique de la santé », PUF, Paris, 328p.
- Godelier Maurice et al. 2011 « Maladie et santé : Selon les sociétés et les cultures », Presse universitaire de France, Paris, 178p.

- **Articles**

- Dr. Meštrović Tomislav in News Medical Life sciences, 23 août 2018 « Épidémiologie de virus Ebola ». [https://www.news-medical.net/health/Ebola-Virus-Epidemiology-\(French\).aspx](https://www.news-medical.net/health/Ebola-Virus-Epidemiology-(French).aspx)
- World Health Organisation, June 2018 « Meeting of the Strategic Advisory Group of Experts on immunization - conclusions and recommendations » <https://www.who.int/csr/resources/publications/ebola/sage-vaccines-2017/en/>
- Michel Till 2022 « La Crise du M23 et l'histoire de la violence dans l'est du Congo » https://www.opendemocracy.net/en/opensecurity/la-crise-du-m23-et-l-histoire-de-la-violence-dans-lest-du-congo/#_ftn3
- FRANCE 24, « Ebola en RDC: une épidémie de rumeurs ». Les observateurs France 24 [Vidéo en ligne]. YouTube, ajoutée le 27 juin 2019, consulté [le 30/juillet/2019]. 1 vidéo, 12min:47' <https://www.youtube.com/watch?v=FVTaOMYmBeM&t=14s>
- FRANCE 24, « Dans le Nord-Kivu, la riposte contre Ebola fait face aux rumeurs » Les observateurs France 24 [Vidéo en ligne]. YouTube, ajoutée le 16 mai 2019, consulté le [02/août /2019]. 1 vidéo 04 min :56' [https://www.youtube.com/watch?v=oaocsJclltc&t=4s`](https://www.youtube.com/watch?v=oaocsJclltc&t=4s)
- Damiano Matasci et Marie-Luce Desgrandchamps, « « Civiliser, développer, aider » : croiser l'histoire du colonialisme, du développement et de l'humanitaire », *Histoire Politique* [En ligne], 41 | 2020, mis en ligne le 01 juin 2020, consulté le 28 décembre 2022. URL : <http://journals.openedition.org/histoirepolitique/284> ; DOI : <https://doi.org/10.4000/histoirepolitique.284>
- Desclaux Alice, Anoko Julienne, « L'anthropologie engagée dans la lutte contre Ebola (2014-2016) : approches, contributions et nouvelles questions », *Santé Publique*, 2017/4 (Vol. 29), p. 477-485. DOI: 10.3917/spub.174.0477. URL: <https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2017-4-page-477.htm>
- Faye Sylvain Landry, « L'« exceptionnalité » d'Ebola et les « réticences » populaires en Guinée-Conakry. Réflexions à partir d'une approche d'anthropologie symétrique », *Anthropologie &*

Santé [En ligne], 11 | 2015. URL : <http://journals.openedition.org/anthropologiesante/1796> ; DOI : 10.4000/anthropologiesante.1796

- Gasquet-Blanchard Clélia, « L'épidémie d'Ebola de 2013-2016 en Afrique de l'Ouest : analyse critique d'une crise avant tout sociale », *Santé Publique*, 2017/4 (Vol. 29), p. 453-464. DOI: 10.3917/spub.174.0453. URL: <https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2017-4-page-453.htm>
- Clélia Gasquet-Blanchard, « Ebola, géographie d'un virus. Enjeux socio-spatiaux en Afrique Centrale », *L'Espace Politique* [En ligne], 26 | 2015-2. URL : <http://journals.openedition.org/espacepolitique/3475> ; DOI : 10.4000/espacepolitique.3475
- Jackson Stephen, « «Nos richesses sont pillées!» Économies de guerre et rumeurs de crime au Kivu », *Politique africaine*, 2001/4 (N° 84), p. 117-135. DOI : 10.3917/polaf.084.0117. URL : <https://www.cairn.info/revue-politique-africaine-2001-4-page-117.htm>
- Josse Évelyne, « Les humanitaires face à Ebola : quand tombent les masques », *Conflits, Catastrophes, Situations humanitaires*, 2017/1 (N° 1), p. 27-35. DOI : 10.3917/ccsh.001.0027. URL : <https://www.cairn.info/revue-conflits-catastrophes-situations-humanitaires-2017-1-page-27.htm>
- Marie Bazin, Antoine Fry et Pierre Levasseur, « L'aide humanitaire internationale non-gouvernementale : un monopole occidental », *Humanitaire* [En ligne], 24 | mars 2010. URL : <http://journals.openedition.org/humanitaire/696>
- Mathieu Paul, Tsongo A. Mafikiri. Guerres paysannes au Nord-Kivu (République démocratique du Congo), 1937-1994. In: Cahiers d'études africaines, vol. 38, n°150-152, 1998. Disciplines et déchirures. Les formes de la violence. pp. 385-416. DOI : <https://doi.org/10.3406/cea.1998.1808>
- www.persee.fr/doc/cea_0008-0055_1998_num_38_150_1808
- Niang Cheikh Ibrahima, « Ebola : une épidémie postcoloniale », *Politique étrangère*, 2014/4 (Hiver), p. 97-109. DOI : 10.3917/pe.144.0097. URL : <https://www.cairn.info/revue-politique-etrangere-2014-4-page-97.htm>
- Pourtier, Roland. « Chapitre 17 - Les enjeux miniers de la guerre au Kivu », Béatrice Giblin éd., *Les conflits dans le monde. Approche Géopolitique*. Armand Colin, 2011, pp. 235-248.
- Roland Pourtier, « Le Kivu dans la guerre : acteurs et enjeux », In *EchoGéo* [En ligne], Sur le Vif, 21 janvier 2009, con 2019. URL : <http://journals.openedition.org/echogeo/10793> ; DOI : 10.4000/echogeo.10793
- Rusamira Étienne, « La dynamique des conflits ethniques au Nord-Kivu : une réflexion prospective », *Afrique contemporaine*, 2003/3 (n° 207), p. 147-163. DOI : 10.3917/afco.207.0147. URL : <https://www.cairn.info/revue-afrique-contemporaine-2003-3-page-147.htm>

- Stearns Jason, « Repenser la crise au Kivu : mobilisation armée et logique du gouvernement de transition », *Politique africaine*, 2013/1 (N° 129), p. 23-48. DOI : 10.3917/polaf.129.0023. URL : <https://www.cairn.info/revue-politique-africaine-2013-1-page-23.htm>
- Thys Séverine, Boelaert Marleen, « Sur l'origine d'Ebola : discours biomédical versus interprétations populaires à Macenta en Guinée », *Santé Publique*, 2017/4 (Vol. 29), p. 497-507. DOI : 10.3917/spub.174.0497. URL : <https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2017-4-page-497.htm>

- **Sites et Blogs**

- Alain Epelboin. Rapport de mission anthropologique sur l'épidémie d'Ebola: Isiro, R. D. Congo, 4 au 30 septembre 2012. [Research Report] OMS. 2012, pp.55. hal-01090304. <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-01090304/document>
- Braeckman colette « Le carnet de Colette Braeckman » in Lesoir 2019 <http://blog.lesoir.be/colette-braeckman/>
- Cellules d'Analyses des indicateurs de Développement 2018, « Province du Nord-Kivu » <https://www.caid.cd/index.php/donnees-par-province-administrative/province-de-nord-kivu/?donnees=fiche>
- Dr. Meštrović Tomislav in News Medical Life sciences, 23 août 2018 « Épidémiologie de virus Ebola » . [https://www.news-medical.net/health/Ebola-Virus-Epidemiology-\(French\).aspx](https://www.news-medical.net/health/Ebola-Virus-Epidemiology-(French).aspx)
- Le spécialiste l'actualité des médecins spécialistes « Ebola en RDC - Le ministre de la Santé, le Dr Oly Ilunga Kalenga, démissionne » mis en ligne le 23 juillet 2019 consulté le 10/08/2019. <https://www.lespecialiste.be/fr/actualites/ebola-en-rdc-le-ministre-de-la-sante-le-dr-oly-ilunga-kalenga-demissionne.html>
- OMS , 25 juillet 2019 « Maladie à virus Ebola – République démocratique du Congo », Bulletin d'information sur les flambées épidémiques . <https://www.who.int/csr/don/25-july-2019-ebola-drc/fr/>
- OMS 2016 « Prise en charge clinique des cas de fièvre hémorragique virale : Guide de poche pour l'agent de santé en première ligne ». 113p. <https://www.who.int/csr/resources/publications/clinical-management-patients/fr/>
- Perspective monde 2019, « 1^{er} septembre 1976, apparition du virus Ebola » mis en ligne le 17 juillet 2019, consulté le 17/07/2019. <http://perspective.usherbrooke.ca/bilan/servlet/BMEve?codeEve=1030>.
- Rapport PNUD 2009 « NORD – KIVU DE LA CRISE VERS UNE CROISSANCE DURABLE Pour une meilleure mise en œuvre de la 3^{ème} Composante du Programme STAREC : RELANCE ECONOMIQUE » https://blog.ccfdfertesolidaire.org/grandslacs/public/Kivu_Nord_Rapport_PNUD_2009_sur_le_profil_economique_du_nord_Kivu.pdf

- World Health Organisation, June 2018 « Meeting of the Strategic Advisory Group of Experts on immunization - conclusions and recommendations »
<https://www.who.int/csr/resources/publications/ebola/sage-vaccines-2017/en/>
 - Michel Till 2022 « La Crise du M23 et l'histoire de la violence dans l'est du Congo »
https://www.opendemocracy.net/en/opensecurity/la-crise-du-m23-et-lhistoire-de-la-violence-dans-lest-du-congo/#_ftn3
- **Videos en ligne**
 - FRANCE 24, « Ebola en RDC: une épidémie de rumeurs ». Les observateurs France 24 [Vidéo en ligne]. YouTube, ajoutée le 27 juin 2019, consulté [le 30/juillet/2019]. 1 vidéo, 12min:47´
<https://www.youtube.com/watch?v=FVTaOMYmBeM&t=14s>
 - FRANCE 24, « Dans le Nord-Kivu, la riposte contre Ebola fait face aux rumeurs » Les observateurs France 24 [Vidéo en ligne]. YouTube, ajoutée le 16 mai 2019, consulté le [02/août /2019]. 1 vidéo 04 min :56´ <https://www.youtube.com/watch?v=oaocsJcllfc&t=4s>

Pour citer cette étude

Décoloniser l'Aide Humanitaire, le cas du virus Ebola (Juillet 2023),
Carmelle Nezerwe, étude n°3, Edt. Kwandika de Bamko-Cran asbl,
Bruxelles.

Cette étude de Bamko asbl est soutenue par une reconnaissance en
Education Permanente (Fédération Wallonie-Bruxelles).
C'est l'aboutissement des discussions au sein des groupes de travail et
d'autres activités de l'association.