



HAL
open science

Rapport de mission anthropologique sur l'épidémie d'Ebola : Isiro, R. D. Congo, 4 au 30 septembre 2012

Alain Epelboin

► **To cite this version:**

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

HAL Id: hal-01090304

<https://hal.science/hal-01090304>

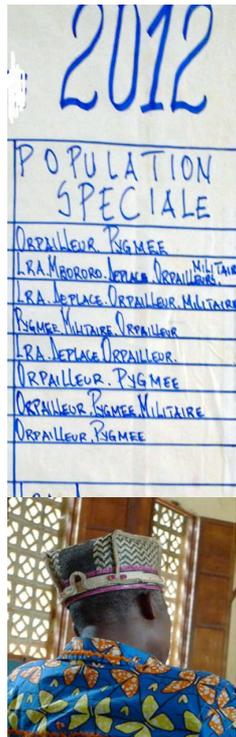
Submitted on 3 Dec 2014

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Rapport de mission anthropologique sur l'épidémie d'Ebola Isiro, R. D. Congo, 4 au 30 septembre 2012

Alain Epelboin
CNRS-MNHN Paris & OMS



RAPPORT DE MISSION ANTHROPOLOGIQUE SUR L'ÉPIDÉMIE D'EBOLA ISIRO, R. D. CONGO, 4 AU 30 SEPTEMBRE 2012	1
INTRODUCTION	4
DÉROULEMENT DE LA MISSION	5
Veille internet	5
Réseau anthropologique et pluridisciplinaire FHV	5
Base documentaire multimédia.....	5
Populations et lieux étudiés.....	5
Enrichissement de la base multimédia.....	6
DONNÉES HISTORIQUES, GÉOGRAPHIQUES, LINGUISTIQUES, POLITIQUES, ÉCONOMIQUES	7
ECOANTHROPOLOGIE DU VIRUS ET DE L'ÉPIDÉMIE.....	14
Chasse et chauves souris	14
Circulation des personnes et accessibilité des hôpitaux.....	17
RITES FUNÉRAIRES	20
REPRÉSENTATIONS DE LA MALADIE ET DE SA CAUSALITÉ	24
HÔPITAL SÉCURISÉ AU SEIN DE L'HÔPITAL GÉNÉRAL DE RÉFÉRENCE D'ISIRO	28
SOUTIEN PSYCHOLOGIQUE, SURVEILLANCE ET MOBILISATION SOCIALE	33
CONCLUSION.....	37
ANNEXE 1 : ANTHROPOLOGIST MISSION TO DEMOCRATIC REPUBLIC OF CONGO TO SUPPORT THE WHO RESPONSE TO OUTBREAK OF EBOLA, 21 AUGUST 2012	41
ANNEXE 2 : FAUSSES NOUVELLES ET MESSAGES BROUILLÉS, EXTRAITS INTERNET ET RADIO	42
Ministre de la Santé publique : la fièvre hémorragique d'Ebola signalée dans la Province Orientale, lundi 20 août 2012	42
RDC: La viande de gibier responsable de l'épidémie KINSHASA, 26 août 2012 (IRIN)	42
Situation épidémiologique d'Ebola : aucun cas suspect à Kinshasa, 01/09/2012 / Santé	42
SITREP 11 septembre 2012, Isiro, Haut Uélé, Province Orientale, RDC	42
Les musulmans de la RDC n'iront pas en pèlerinage à la Mecque cette année, 16 octobre 2012.....	42

Epidémie d’Ebola à Isiro: les habitants réticents à se soumettre au dépistage 21 septembre Radio Okapi 27/09/2012.....	43
Goma : confusions autour du virus Ebola, 25 octobre 2012 Désiré Bigega (Syfia Grands-Lacs/RD Congo)	43

ANNEXE 3 : PROJECTIONS DE FILMS, DIFFUSION DES MESSAGES CLES <i>PRIORITAIRES ET DES TEMOIGNAGES DES DECHARGES D’ISIRO</i> ANTOINE SAKA SAKA SPECIALISTE C4D UNICEF RDC	45
---	-----------

ANNEXE 4 : VIDÉO 2012 EPELBOIN A., <i>EBOLA EN 2012, RÉPUBLIQUE DÉMOCRATIQUE DU CONGO, PROVINCE ORIENTALE, HAUT UÉLÉ</i>. PRODUCTION CNRS-MNHN PARIS ET OMS ..	47
---	-----------

- visite de l’hôpital sécurisé d’Isiro, 24 mn 30	47
- funérailles sécurisées à Bédé d’une accouchée décédée à l’hôpital sécurisé d’Isiro, 11 mn 46.....	49
- entre compréhensif et coercitif, réponse à des menaces contre les équipes, 9 mn 14.....	51

ANNEXE 5 : BIBLIOGRAPHIE FHV DE L’AUTEUR	53
Ecrits FHV.....	53
Vidéo FHV.....	54

Introduction

L'anthropologie médicale contribue au succès des opérations de lutte contre l'épidémie dans plusieurs domaines :

- l'amélioration de la connaissance des chaînes de transmission de la maladie ;
- l'identification des comportements des populations locales dans leur diversité psychologique, sociale et culturelle ;
- les représentations de la souillure, de la contamination, de la maladie, de la mort et de leur causalité ;
- l'analyse de rumeurs et de situations de crise ;
- l'adaptation des réponses et des protocoles des différentes institutions nationales et internationales aux conditions locales, en privilégiant les approches compréhensives et participatives.

cf. annexe 1 : Anthropologist mission to democratic Republic of Congo to support the WHO response to outbreak of Ebola, 21 august

cf. annexe 5 : bibliographie FHV de l'auteur



**Corps d'un des enseignants assassinés à coups de bâtons.
Les armes du crime ont été laissées sur place.
030212enseignant2 / ©2003 Hilaire Ebienga, Kéllé**

Déroulement de la mission

La mission s'est déroulée du 4 au 30 septembre, avec un séjour effectif sur le terrain à Isiro seulement du 7 au 26 septembre, du fait des difficultés de transport aérien.

Veille internet

Elle a été précédée d'une intense veille internet permettant de recueillir des cartes, des données historiques, géographiques, linguistiques, politiques économiques, ainsi que les réactions nationales et internationales.

Ces documents sont venus s'ajouter à ceux de la base multimédia déjà constituée lors des précédentes épidémies, articles et textes scientifiques de référence, photos, dessins et écrits didactiques, vidéos ethnographiques.

Réseau anthropologique et pluridisciplinaire FHV

Le réseau anthropologique a été réactivé et a permis de mobiliser en particulier Serge Bahuchet, écoanthropologue, et Sabrina Krief, primatologue (CNRS-MNHN Paris), ainsi que Arminz Prinz, médecin, anthropologue médical autrichien, spécialiste de la région, en particulier le milieu zandé et enseignant régulier à l'université d'Isiro.

Base documentaire multimédia

Dès l'arrivée sur le terrain, les documents pertinents de la base multimédia ont été copiés sur les ordinateurs ou sur les clés USB des membres du "Comité international de coordination scientifique et technique de lutte contre la FHVE à Isiro" et de commissions : "coordination, surveillance épidémiologique, prise en charge des cas et des funérailles, laboratoire et recherche, logistique, communication, eau, hygiène et assainissement, prise en charge psychosociale". Les films ethnographiques¹ des précédentes épidémies ont immédiatement servi à la formation des personnels et été projetés lors de séances publiques de mobilisation sociale.

cf. annexe3: Projection de films, diffusion des messages clés prioritaires et des témoignages des déchargés d'Isiro par Antoine SAKA SAKA, Spécialiste C4D Unicef RDC

Populations et lieux étudiés

Les personnes, les lieux d'observation participante, les enquêtes et les interventions anthropologiques privilégiés ont été :

- les enfants, les acteurs de la réponse à tous les échelons de la hiérarchie,

¹ en particulier, 2010 A. Epelboin, R. Price, A. Marx & P. Formenty *DVD interactif Ebola au Congo 2003, 2007, Marburg en Angola 2005*, films didactiques OMS, corpus thématique, 6 films = 3 h 04 mn = /35 + 30 + 40/ + /35 + 24 + 20/ mn = 104 scènes, Prod. SMM CNRS-MNHN, OMS Genève (maquette bêta)

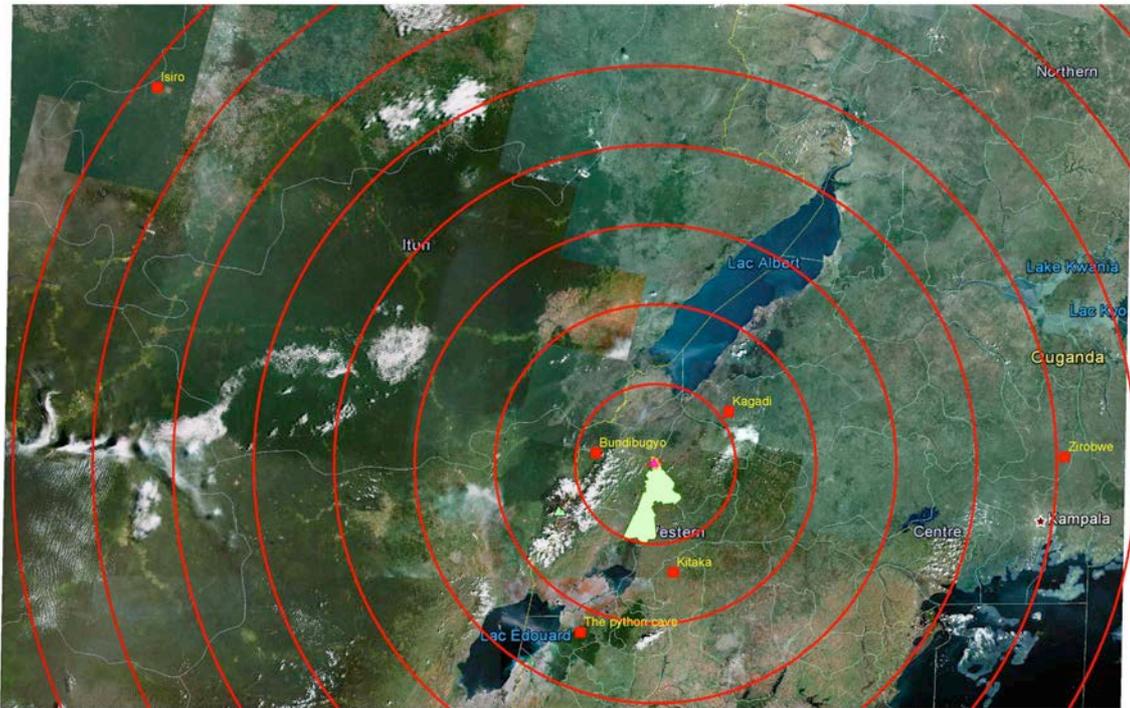
les malades et leurs familles, les personnels soignants, des chefs coutumiers, des pasteurs, des tradipraticiens, des minorités délaissées, en l'occurrence quelques Pygmées yogo de l'axe Bédé, les membres du Comité international de lutte contre Ebola ;

- les lieux publics, notamment les marchés à propos de l'alimentation et de l'hygiène, les cimetières à propos des rites funéraires ;
- les réunions quotidiennes institutionnelles, celles de l'OMS et surtout celles du Comité international de lutte contre Ebola et de ses commissions, en particulier autour des thèmes, épidémiologie, surveillance, mobilisation sociale et soutien psychosocial ;
- des tournées pluriquotidiennes prolongées dans l'hôpital général de référence d'Isiro et en particulier dans l'espace de traitement sécurisé par MSF Espagne, nommé dans ce texte "hôpital sécurisé", plutôt que "pavillons d'isolement", 'salle de traitements d'Ebola" ;
- l'accompagnement sur le terrain des équipes de surveillance des contacts, de recherche de suspects, de désinfection des maisons des malades, d'enterrements, de soutien psychologique et matériel des suspects, des malades, des "déchargés" ou des morts, de résolution de crises provoquées par les réactions hostiles de la population : soit, en dehors d'Isiro, huit fois sur l'axe Bédé, deux fois à Manzulua, une fois à Nessou, à Zambasende, Gamba, Gbana.

Enrichissement de la base multimédia

- relevés GPS ;
- photos en situation et de documents (cf. document ci dessous) ;
- réalisation sur place de vidéos didactiques à caractère ethnographique pour la formation immédiate des personnels et la sensibilisation des populations (par exemple le film "Ebola en RDC 2012 : visite de l'hôpital sécurisé d'Isiro") ou à diffusion différée pour les réponses aux futures épidémies (Ebola en RDC 2012 : *funérailles sécurisées à Bédé d'une accouchée décédée à l'hôpital sécurisé d'Isiro* et *entre compréhensif et coercitif, réponse à des menaces contre les équipes*). Ces films ont été réalisés en collaboration avec les "acteurs", sur la base de l'obtention d'un consentement éclairé vidéographique et du respect de l'anonymat des malades.

Données historiques, géographiques, linguistiques, politiques, économiques



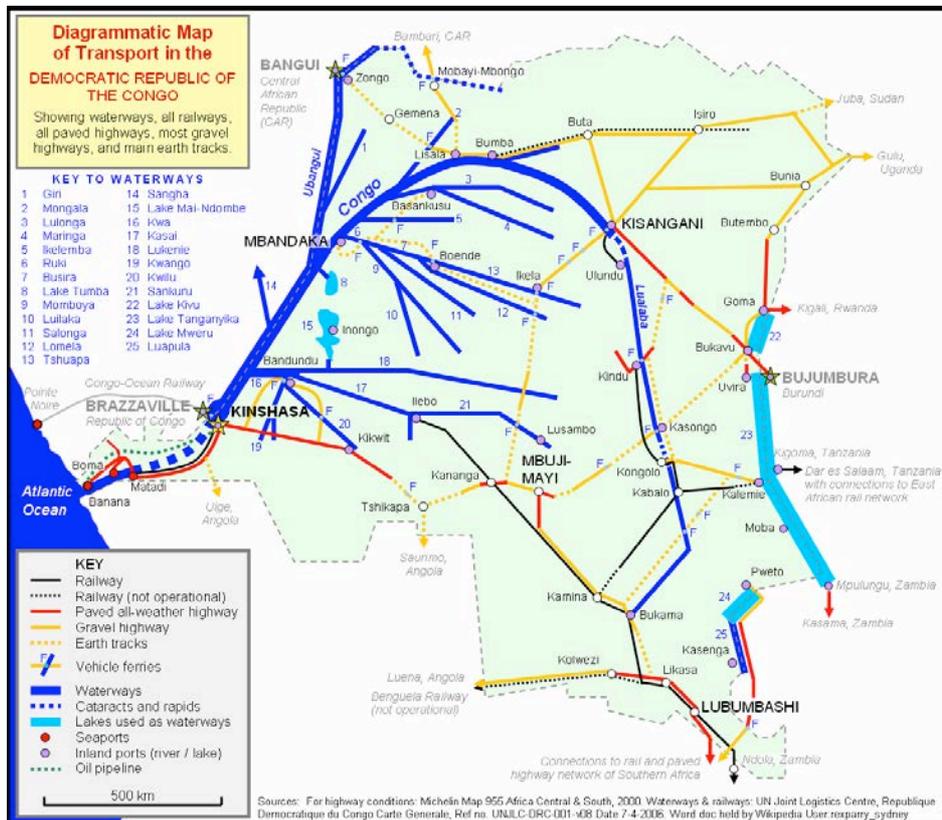
Proximity between Kibale National Park and hemorrhagic fever cases

- Kibale National Park
- Kagadi Hospital: souche Soudan, outbreak Ebola July 2012
- Isiro (DRC): souche Bundibugyo, outbreak Ebola August 2012
- Zirobwe: souche Soudan, Ebola outbreak 2011
- The Python Cave: outbreak Marburg 2008
- Bundibugyo: souche Bundibugyo, outbreak Ebola 2007
- Kitaka: outbreak Marburg 2007
- Cercles concentriques tous les 50 km

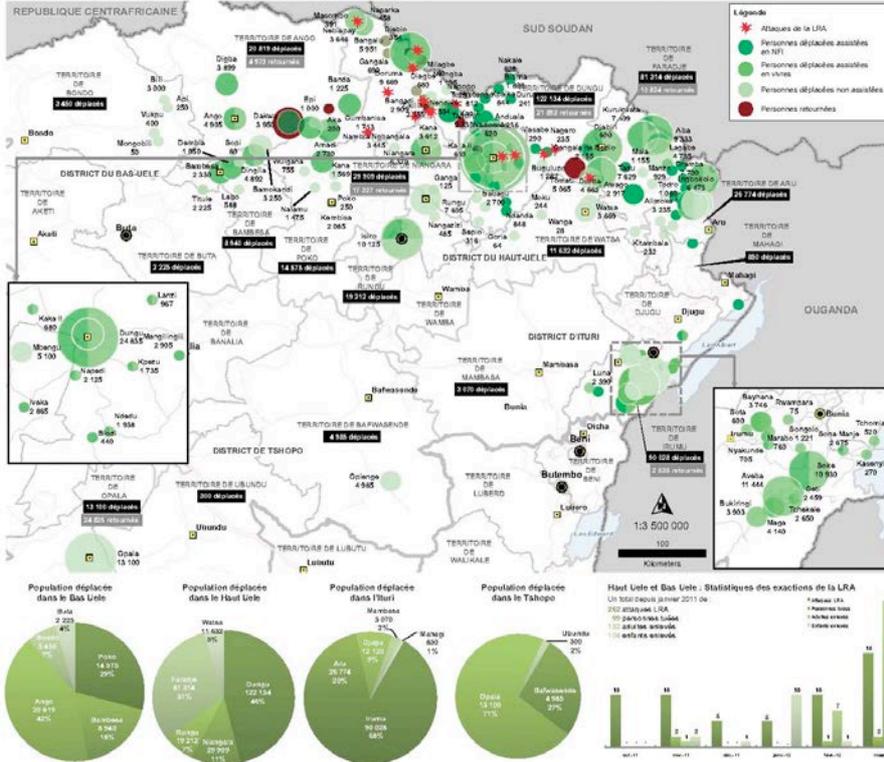
0 20 40 80 Kilomètres

Author: Bortolami Sarah, 2012.

Copyright: PCGS-MNH/JWA/Makerere University.



Un total de **465 437** personnes déplacées depuis 2003 **95 382** personnes retournées des derniers 18 mois **20 000** congolais réfugiés au Sud-Soudan, **3 500** en RCA **855** rapatriés spontanés en provenance de l'Ouganda
2 498 nouvelles personnes déplacées en 2012 **18** attaques perpétrées par la LRA **1 300** réfugiés Centralinais **5 000** rapatriés spontanés en provenance du Sud Soudan



Conséquences humanitaires

Au premier trimestre 2012, près de 200 000 nouveaux déplacés ont été enregistrés en Province Orientale. 2 000 de ces personnes sont dans les territoires de Dongo et de Faradje, et se sont déplacés suite aux attaques et autres exactions des groupes LRA opérant dans la région, ainsi que 200 personnes se sont déplacées dans le territoire d'Uvutu (District de l'Est) suite au meurtre de leur famille.

Les effectifs évolutifs relatifs au cours du premier trimestre 2012 ont regardé de l'existence d'attaques déplacées dans des zones régulièrement touchées, mais aussi des mouvements de retour vers les zones d'origine.

Compte tenu de la situation, on note une baisse de 1% du nombre de personnes déplacées, soit près de 6 000 personnes, et de 900 personnes retournées les 18 derniers mois.

Cette baisse du nombre de personnes déplacées est due principalement au mouvement de retour de personnes dans les zones à la situation sécuritaire améliorée, ainsi qu'à la migration immédiate de la ville d'Ango dans le Haut-Uele.

Le territoire d'Ango compte 17% des personnes déplacées du district du Bas-Uele, soit 237 879 personnes. Compte tenu de la situation, le territoire d'Ango a connu une baisse de 36% du nombre de personnes déplacées. Des évolutions liées à la situation de sécurité ont entraîné un mouvement de retour des populations vers leurs villages d'origine. Plus de 900 personnes sont retournées dans les localités environnantes du territoire d'Ango (dont 200 personnes) les 18 derniers mois.

100 personnes déplacées, à l'exception d'un cas de retour volontaire, ont été enregistrées en cours du trimestre.

Le district du Haut-Uele, particulièrement les territoires de Dongo, de Faradje et de Wangara, connaît un important retour de la LRA. 90 à 95% des attaques attribuées à la LRA en 2010 et 2011. Les 18 attaques ont entraîné 148 000 personnes déplacées dans le Haut-Uele dont 17 dans le territoire de Dongo-Centralinais, près d'un quart (40 000 personnes) se sont déplacées par un retour volontaire des populations déplacées vers leurs villages d'origine. 7 attaques attribuées aux groupes armés ont entraîné 100 000 personnes déplacées et 60 000 personnes retournées.

Au premier trimestre 2012, le nombre d'attaques attribuées à la LRA est au plus important du trimestre précédent. Les mois de février et mars 2012 ont connu un nombre d'attaques deux fois plus comparé à novembre et décembre 2011. Ce retour vers le Nord-Est de la RDC de la LRA pourrait être dû à la pression internationale actuellement exercée. Les incidents et les attaques perpétrés par la LRA sont principalement en 2012 ont caractérisés par le pillage des biens divers, l'absence de violence en mode de guerre, et par des enlèvements de très courte durée.

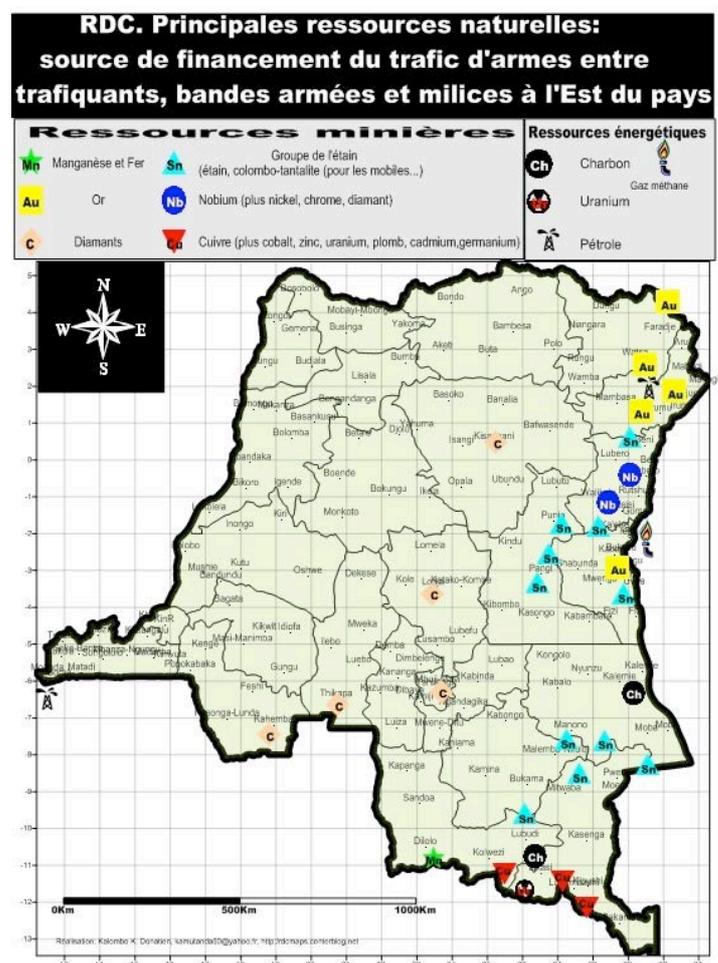
Pour le seul mois de mars, 20 cas de violence ont été rapportés dans 8 districts. En conséquence, 27% des personnes déplacées en Province Orientale sont dans le district du Haut-Uele (241 201 personnes) et les mouvements de retour sont affectés et essentiellement limités aux zones où la présence des FARDC est renforcée de la MONUSCO est renforcée. En 2012, 200 000 nouveaux déplacés ont été enregistrés dans les territoires de Dongo et de Faradje, et près de 90 000 personnes sont retournées dans leurs zones d'origine les 18 derniers mois.

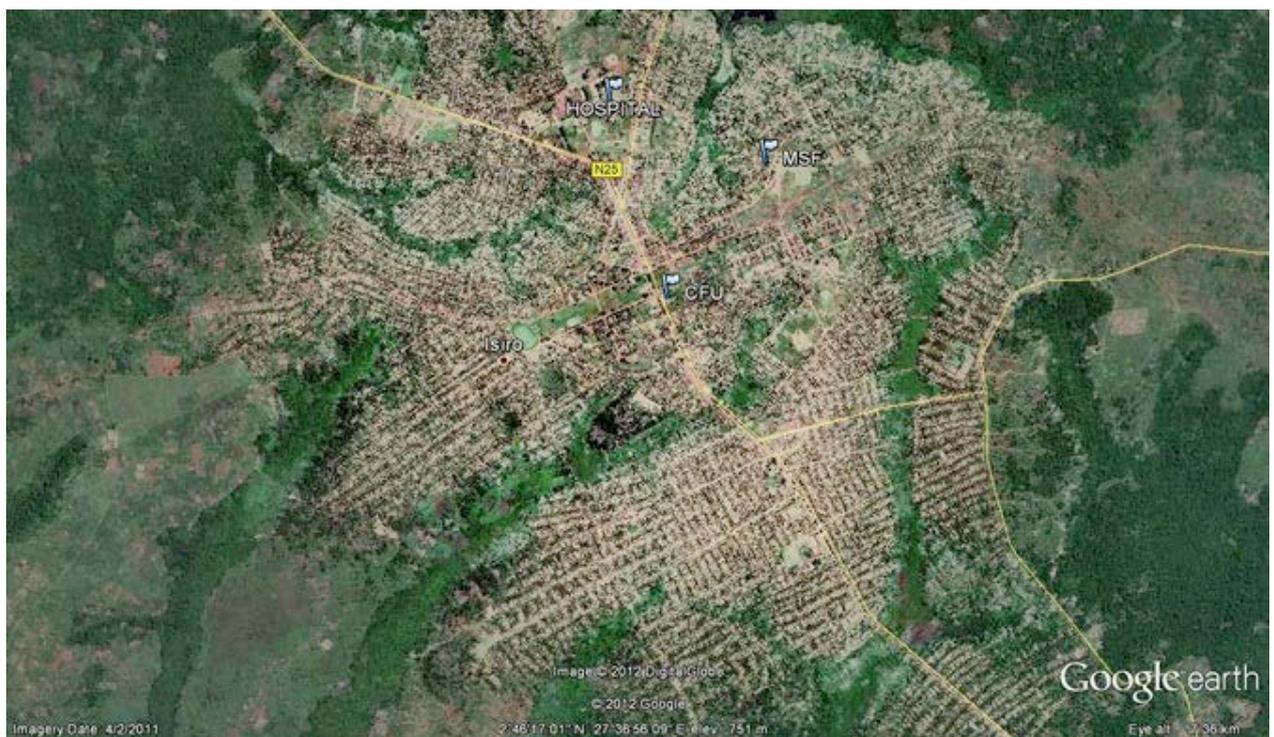
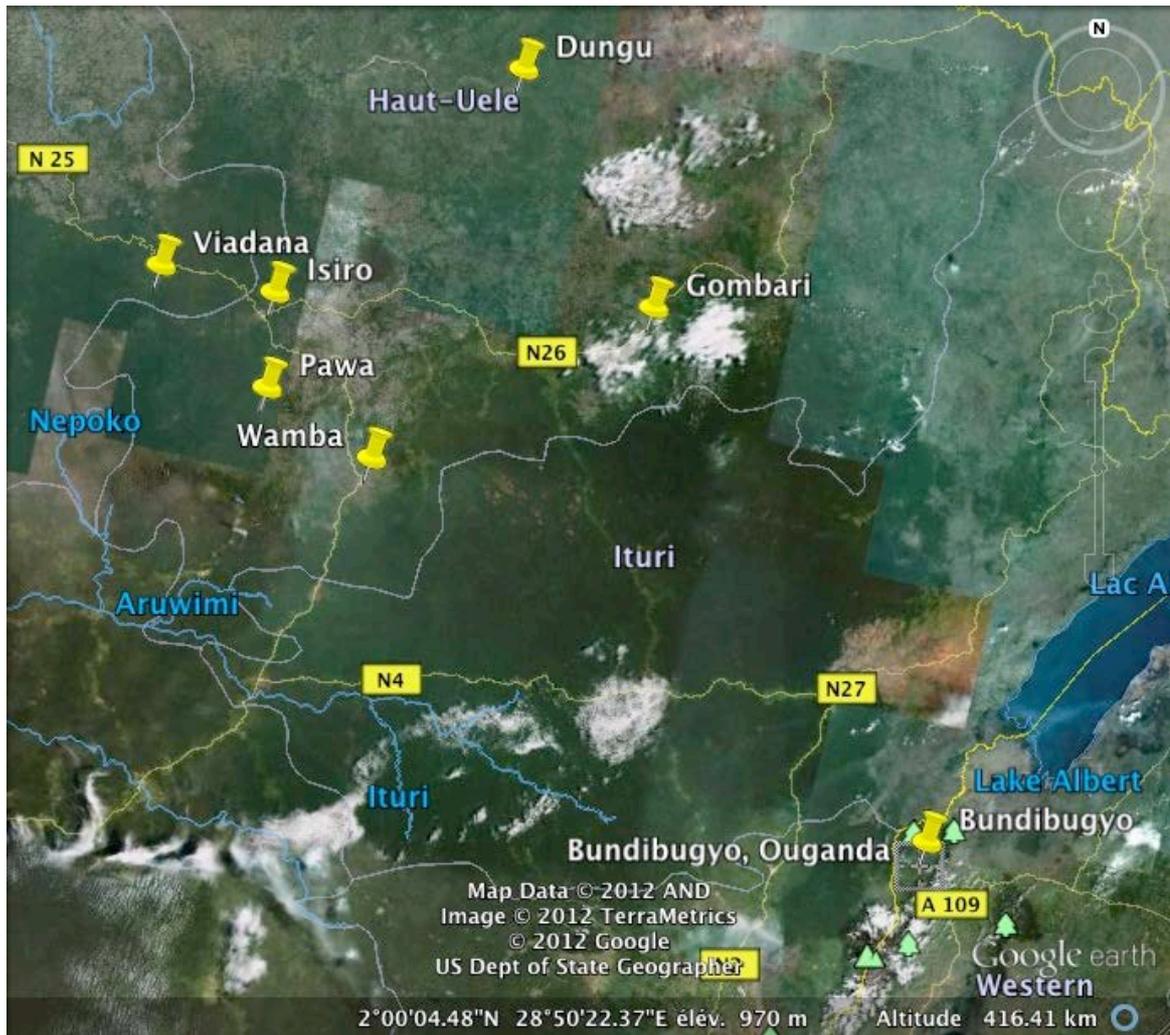
Enfin, en ce qui concerne les incidents de la LRA, le Sud-Kivu (District de Ituri) est depuis février 2012 marqué par le déplacement total des éléments des FARDC pour motif de réorganisation de ces derniers.

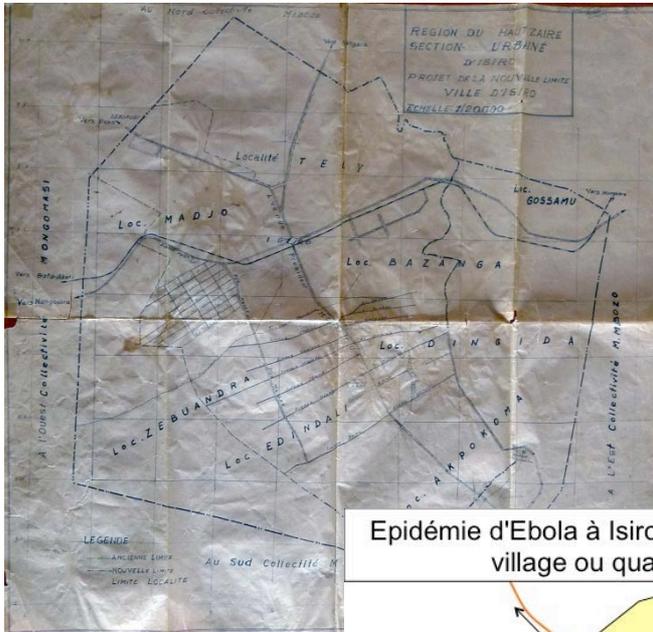
La quantité des personnes déplacées suite aux attaques de la LRA est au plus important du trimestre précédent (247 700 en fin de trimestre). Avec la partie des incidents de la LRA de février, un mouvement des populations a été enregistré (principalement en retour) dans les zones.

Des évolutions observées sont liées à la situation sécuritaire améliorée en termes de mouvement de population.

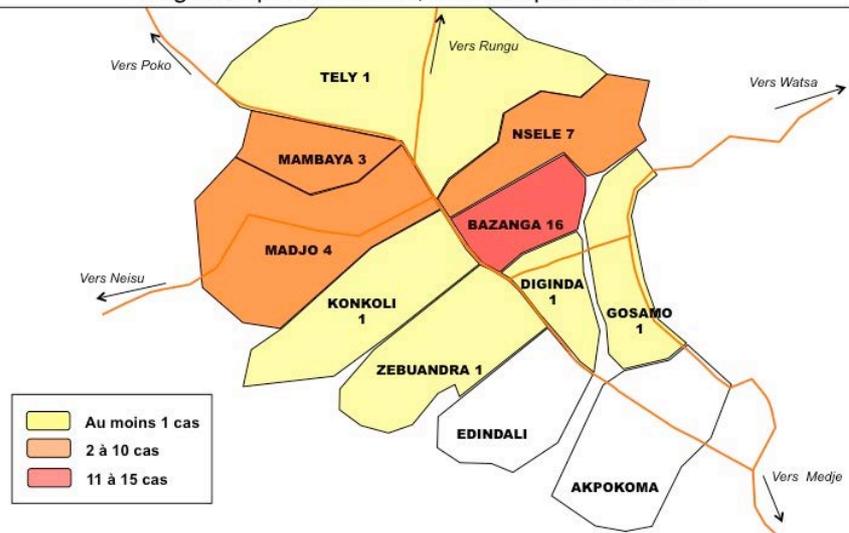
Date de production : 17 avril 2012
 Données géographiques : NARINTEL, Géographie Commun
 Données thématiques : UN OCHA, Caritas, Croix Rouge, HCR, Société Civile (Dongo, Tshu, AODS, OAC, Bunka Francophonie : ECHO, Belgique, Espagne, Islande, Luxembourg, Norvège, Pays Bas, Royaume Uni, Suède, États Unis)
 Les Nations Unies ne sauront être tenues responsables de la qualité des limites, des noms et des désignations utilisées sur cette carte.
 Information Management Unit - IMU
 Pour tout contact : kamabambou@un.org / kamabambou.org
 République Démocratique du Congo
 http://www.un.org/rd/crises/



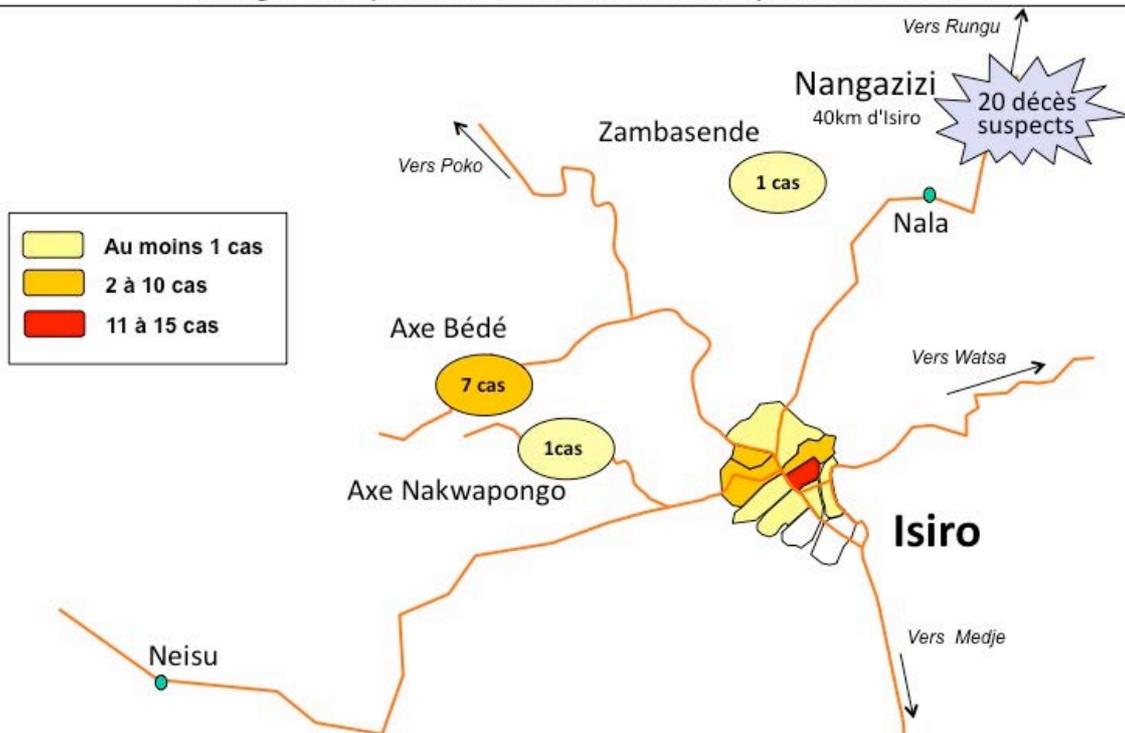




Epidémie d'Ebola à Isiro, RDC, répartition géographique des cas par village ou quartier d'Isiro, mai à septembre 2012.



Epidémie d'Ebola à Isiro, RDC, répartition géographique des cas par village ou quartier d'Isiro, mai à septembre 2012.



- 1964 : opération Dragon noir menée par les militaires belges contre la rébellion des Simba et meurtre d'une religieuse catholique congolaise Marie Clémentine Nengapeta, enterrée dans l'église d'Isiro, considérée comme la Bienheureuse Annalite/Anoarite/Anoalité, Anuarite. Elle est l'objet d'un culte encouragé par l'église ;
- 1985 visite du pape Jean Paul II à Isiro ;
- 1998 création de l'Université d'Isiro ;
- 1998-2003 guerres dans la Province orientale mettant en jeu divers protagonistes RDC/MLC, puis M23 en 2012 ;
- 21 août 2005 marche des Pygmées à Isiro ;
- 30 juillet 2012 prière pour la paix ;
- .../...

Isiro et sa région ont été des lieux d'implantation de la colonisation avec une économie riche basée en particulier sur la culture des palmiers à huile et du café. De nombreux chantiers d'or et de diamant parsèment le territoire.

Les aléas de l'état congolais, les différentes phases de guerre et d'insécurité ont ruiné l'économie locale, plus tournée vers les pays limitrophes pour ses exportations que sur le reste de la RDC du fait de l'enclavement en rapport avec un réseau routier catastrophique et des communications aériennes aléatoires et coûteuses. Au delà du pouvoir national, les Nations unies assurent des transports aériens sécurisés et une force de l'ordre.



Eglise catholique d'Isiro,
tombe de la Bienheureuse Anoarite



Ecoanthropologie du virus et de l'épidémie

Ici comme ailleurs, de très nombreux facteurs sont propices à l'émergence d'une épidémie d'Ebola.

Chasse et chauves souris

La chasse par piégeage, à l'arc, au fusil et la consommation de viande de chasse, y compris les singes, sont usuelles, en quantité variable selon la proximité sociale avec les chasseurs.



Il n'y a pas de consommation officielle de chauves-souris frugivores, mais des contacts sont possibles.

La mise en place par l'état de périodes d'interdiction de chasse, la situation épidémique, font que les réponses aux questions posées sur ce sujet sont souvent peu fiables et que la circulation de la viande de chasse est dissimulée.

Sur l'axe Bédé que nous avons parcouru à 8 reprises, la chasse sert d'abord à la consommation résidentielle et circule dans les réseaux de parenté étalés le long de la route jusqu'en ville. Les Pygmées yogo, associés (dominés/asservis) aux villageois yogo les fournissent en viande, sans compter d'autres prestations de collecte ou de culture.

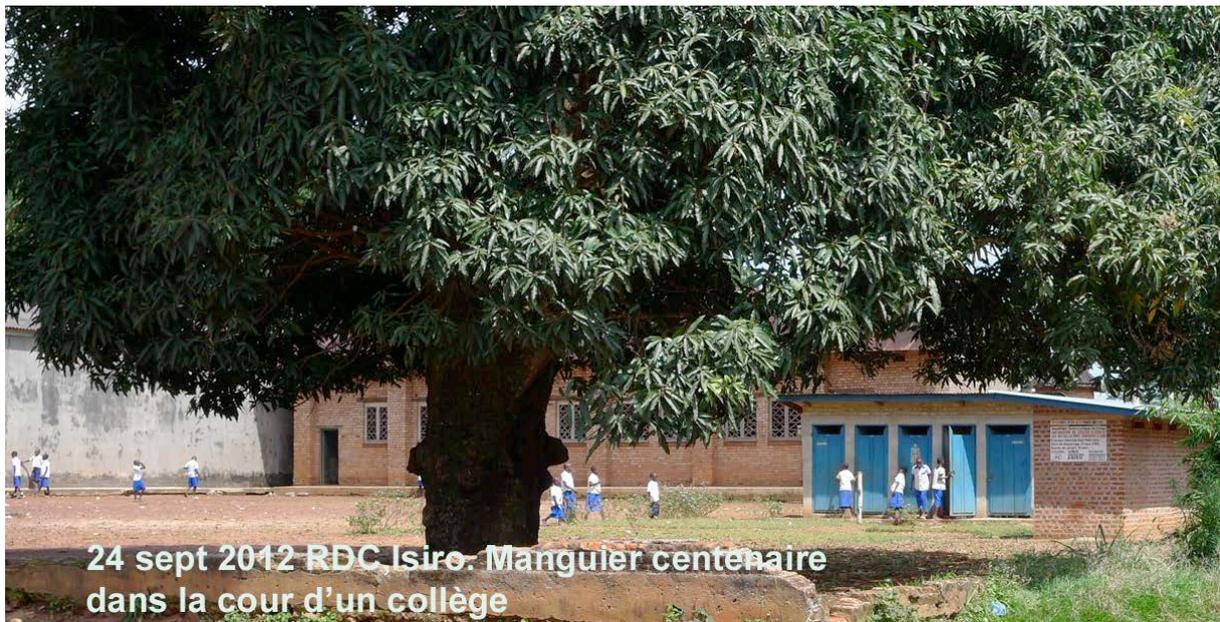
Dans les marchés d'Isiro, on trouve essentiellement de la viande de cochon domestique fraîche d'un coût prohibitif pour les urbains les plus démunis. Une très grande variété de poissons, frais, fumés, salés est disponible, sans compter les chenilles et une grande diversité de pois, haricots riches en protéines. La viande de chasse n'était pas visible durant la mission, alors qu'elle l'était, y compris des singes, sur les marchés de Kisangani et de Kinshasa.

En ce qui concerne les grandes chauves souris frugivores, des migrations

massives sont rapportées vers novembre décembre.

L'importance des haltes nourricières de chauves-souris lors de leurs migrations le long des fleuves dans les plantations de palmier à huile créées au début de la colonisation est bien connue. La région d'Isiro en a été couverte dès le début du xx^{ème} siècle, avec une industrie locale d'huile de palme et de savon, du fait d'une colonisation précoce et de la mise en place d'une ligne de chemin de fer permettant d'écouler les marchandises jusqu'aux ports fluviaux. Ce qui est moins remarqué, c'est que des manguiers étaient systématiquement plantés dans les lieux résidentiels et administratifs, les écoles, les églises.... Presque un siècle plus tard, cela aboutit à une présence de même que dans de très nombreuses villes anciennes africaines, d'arbres aux cimes très élevés aux fruits difficilement accessibles aux humains, très appréciés des chauves-souris et autres animaux et insectes.

A Isiro, comme ailleurs, au moment de la fructification des mangues, les grosses chauves-souris frugivores envahissent les cimes de ces manguiers, faisant choir au sol de nombreux fruits entamés ou indemnes que les gamins et les gens du voisinage ramassent et consomment. Les gamins amateurs de fruits les cueillent à l'aide de perches, en leur jetant un objet, ou à l'aide d'un



lance pierre.

On peut donc penser qu'à l'occasion, un tir de lance pierre bien ajusté puisse provoquer la chute d'une chauve-souris au sol et qu'elle soit manipulée par des enfants.

Quant à la consommation de chauves-souris, elle est niée mais les conditions de l'enquête ne permettent pas d'affirmer que des consommations occasionnelles ne puissent avoir lieu, notamment le fait de gamins et d'adolescents en bande. Par contre, il semble avéré qu'il n'existe pas de chasse et de vente massive de chauves-souris, comme cela avait été le cas lors de l'épidémie de 2007 dans le Kasai occidental.

En 2012 à Isiro, la période de fructification des mangues, avril-mai a été contemporaine de la maladie et du décès de celle qui fut longtemps le cas

index, une infirmière travaillant à la clinique dite des chemins de fer, c'est-à-dire entourée de ces manguiers quasi centenaires. Mais aucun lien concret entre chauves-souris et humains n'a pu être établi pour cette épidémie.



A la suite de réflexions avec P. Formenty, notamment sur l'appétence des chauves-souris vis-à-vis de la sève sucrée des palmiers lors du décryptage de l'épidémiologie du virus MIPA, ce dernier a réalisé (photo ci dessous) qui montre un mode d'exploitation original de la sève des palmiers à huile.



2012 RDC Isiro
Recueil de sève de palmier à huile dans un récipient largement ouvert

Une cavité est réalisée dans le tronc du palmier à huile à son sommet, de la même façon que s'il avait été coupé et exploité au sol. La sève est recueillie dans un bidon, anciennement des poteries, à l'orifice suffisamment large pour qu'une chauve-souris puisse venir y boire aisément et contaminer éventuellement le vin de palme et le récipient.



Oct 2007 RDC, Kampungu.
Poteries servant à collecter la sève d'un palmier à huile

Ailleurs, la sève est moins accessible, recueillie par incision de l'inflorescence femelle du palmier dans desalebasses ou bouteilles plastiques à goulot étroit, ce qui par ailleurs n'est pas destructeur du palmier. Dans la région d'Isiro où les plantations, familiales, post coloniales sont nombreuses et fréquemment laissées à l'abandon, les palmiers anciens très élevés et difficiles à exploiter peuvent être facilement sacrifiés.

Des rumeurs de morts inexplicables d'animaux sauvages et domestiques, près du village de Mazambula, à 65 km d'Isiro dans la zone de santé de Rungu furent signalées début septembre et ne furent pas investiguées durant cette mission à la fois en raison des difficultés d'accès et de l'absence d'experts compétents.

Inversement, début septembre, *enterrement sécurisé d'un chat à l'aéroport d'Isiro dont la présence avait créé une panique parmi les éléments de la Monusco* (SITREP du 13 sept 2012).

Cf. annexe 2 : fausses nouvelles et messages brouillés, extraits internet et radio

Circulation des personnes et accessibilité des hôpitaux

2012
POPULATION SPECIALE
ORPAILLEUR PYGMEE
L.R.A. MBORORO. DEPLACE. ORPAILLEUR MILITAIRE
L.R.A. DEPLACE. ORPAILLEUR MILITAIRE
PYGMEE MILITAIRE. ORPAILLEUR
L.R.A. DEPLACE. ORPAILLEUR.
ORPAILLEUR. PYGMEE
ORPAILLEUR PYGMEE MILITAIRE
ORPAILLEUR PYGMEE
L.R.A. DEPLACE
L.R.A. DEPLACE. ORPAILLEUR
MILITAIRE. ORPAILLEUR PYGMEE. DEPLACE
DEPLACE. ORPAILLEUR
DEPLACE. ORPAILLEUR PYGMEE
L.R.A. DEPLACE. ORPAILLEUR MBORORO
DEPLACE. ORPAILLEUR PYGMEE

Par ailleurs la ville d'Isiro est le carrefour d'au moins quatre "grands" axes routiers, c'est à dire des villages alignés et étalés le long de ces axes qui constituent autant de foyers originels de personnes ressortissantes de ces villages et établies en ville, sans compter les échanges avec les chantiers miniers et les camps de déplacés. Cela signifie une circulation intense des biens, de personnes, de famille en belle famille, à pied, en vélo, en moto, occasionnellement en véhicule vu l'état des routes et la pauvreté du parc automobile. Les motifs de déplacement sont le transport de marchandises, dont des animaux vivants et de la viande de chasse, la visite de parents à l'occasion de maladies ou d'évènements familiaux (naissances, maladies, mort...), quotidiens pour les conducteurs de vélos et motos transporteurs de marchandises ou de personnes.

Mais il existe aussi des axes transversaux piétonniers et ou cyclables permettant de couper au travers de la forêt entre deux axes routiers, sans compter les pistes de chasseurs. C'est le cas d'habitants de l'axe Bédé qui coupent à travers la forêt pour rejoindre l'hôpital catholique de Nessou très bien pourvu, plutôt que de se rendre à Isiro. Cela a amené à rendre prioritaire la sensibilisation et le renforcement de la sécurisation de cet hôpital dès la découverte de la chaîne de transmission de l'axe Bédé.

Les allers et retours entre l'hôpital d'Isiro et les résidences des malades, la fréquentation régulière des personnels de base nationaux et expatriés chargés de la

surveillance, de la recherche des malades, du soutien psychologique et de la mobilisation sociale ont permis d'activer la remontée d'information aux autorités du Comité international sur des événements fâcheux ou des précisions sur les chaînes de transmission : par exemple l'élucidation de la contamination du cas index de Bédé, postérieur à ceux d'Isiro qui semblait n'avoir jamais quitté sa maison. De fait, un agent de surveillance révéla qu'elle avait été garde malade d'une parente en même temps qu'une malade hospitalisée dans la même pièce à l'hôpital de Gamba.

L'importance de l'infection nosocomiale dans cette épidémie (13 agents de santé, 12 garde-malades et 3 malades hospitalisés compagnons de chambre d'une personne infectée) souligne les lacunes de la lutte contre l'infection dans les structures de soins de la zone de santé d'Isiro et dans la RDC de façon générale. Elle rappelle que les centres de soins jouent toujours un rôle de dissémination et d'amplification du virus Ebola si les mesures de base de lutte contre l'infection ne sont pas mises en place².



13 sept 2012 RDC, dispensaire de Gamba.
Salle de consultation

Ce n'est que le 9 octobre que les Drs Nsio et Musa, mandatés par le Comité international ont découvert l'existence d'une « épidémie de décès » à Nangazizi à 45 km d'Isiro, à 15 km de Rungu, qui pourrait avoir débuté le 20 mars. Le chef du village parle de plusieurs vagues de funérailles avec un total de plus de 20 décès.

Il semble aussi qu'il y ait eu des décès dans les villages de Bagola et de

² cf **Field Mission Report sept to october 2012** Carmem Lúcia PESSOA-SILVA, Pierre FORMENTY, Kamal AIT-IKHLEF. WHO technical support mission on infection prevention and control (IPC) in health care in response to Ebola outbreak in Isiro, District of Haut-Uele, Oriental Province, Democratic Republic of Congo.

Mambugui, villages des parents du cas resté longtemps index d'Isiro, l'infirmière de la clinique des chemins de fer.

Cette information est essentielle, car elle permet de remonter la chaîne épidémiologique en amont de celle de la ville d'Isiro.

Mais elle est terriblement inquiétante. Comment se fait-il que l'information ait mis six mois pour parvenir aux autorités sanitaires, après presque deux mois de fonctionnement du Comité international réunissant des dizaines de praticiens de santé de la région ?

Au-delà du constat d'un dysfonctionnement grave non volontaire, il est tentant d'envisager d'autres scénarios en rapport avec le contrôle de l'exploitation minière, l'existence de groupes armés, les camps de réfugiés... Mais ceci n'est que supputations sans preuve.



Rites funéraires

cf. annexe 4 :

*vidéo funérailles sécurisées à Bédé d'une accouchée décédée à l'hôpital sécurisé d'Isiro
vidéo entre compréhensif et coercitif, réponse à des menaces contre les équipes*

Les coutumes mortuaires autochtones imposent des temps d'exposition du cadavre, embrassé, touché par les affligés.

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.

Des crises avec menace contre les personnels (cf. vidéo) ont été provoquées par les consignes hygiénistes ne permettant qu'à un nombre restreint de parents de voir le visage des défunts lors de leur mise en sac et en cercueil à la morgue de l'hôpital sécurisé. Cela se transforme rapidement en rumeurs de détournement de cadavre à des fins d'anthropophagie sorcellaire.



2012 RDC, Isiro. Convoi funéraire d'une femme décédée à l'hôpital sécurisé, avec marquage du corbillard par des faisceaux végétaux

L'enterrement dans une fosse profonde théoriquement de deux mètres a lieu dans les cimetières périphériques de la ville et en brousse, entre la maison et la route, sur le côté.

Des codes précis imposent l'orientation du cadavre et les cordes servant à la descente du cercueil doivent être laissées dans la tombe. Une tombe creusée ne doit pas être laissée vide durant la nuit. Comme ailleurs en Afrique centrale on retrouve le rituel consistant à occuper la tombe vide par un tronc de bananier en cas de vacance du cadavre.



La surface de la tombe d'abord protégée par une grande rame de palmier à huile est soigneusement nettoyée avec des balayettes laissées à demeure, qui ne peuvent plus être rapportées dans l'espace des vivants. Des objets, ceci est surtout visible dans les cimetières urbains, sont déposés à la demande des esprits des morts, en particulier les petits enfants qui s'expriment en rêve. On trouve ainsi sur les tombes, des chaussures, des seringues, des produits cosmétiques, du talc pour un bébé. Les croix chrétiennes sont fréquentes, mais pas systématiques.



2012 RDC, Bédé. Descente du cercueil d'une défunte d'Ebola par des parents équipés uniquement de gants prêts



21 sept 2012 RDC, Bédé. Enterrement sécurisé d'un nouveau né contaminé par le virus Ebola dans une fosse à côté de celle de sa mère, mais en sens inverse



2012 RDC, Bédé. Ornements funéraires provisoires des tombes d'une mère et de son nouveau-né décédés d'Ebola

Représentations de la maladie et de sa causalité

Après l'enterrement des soirées de deuil avec tambours et danse sont organisées, accueillant parents, amis, voisins et tout visiteur de passage présentant ses condoléances.

C'est aussi dans ces temps que commence la recherche de sens du mal, de la cause surnaturelle de la mort. L'oncle maternel semble être facilement l'objet d'accusations de sorcellerie.

Selon nos enquêtes, très partielles, menées en milieux yogo et zandé, les premières accusations sont en rapport avec des agressions maléfiques liées



2012 RDC, Zambasende. Visite du beau père venant réclamer à son beau fils le prix de la mort de sa fille et la dot non payée

aux dots que le mari doit théoriquement à sa belle famille, et qui sont rarement réalisées du fait des coutumes et de la pauvreté. Dans la photo ci dessus, on assiste à l'arrivée du père d'une femme décédée d'Ebola qui réclame au mari et à sa mère le prix du cercueil (30\$) et le règlement de la dot qui n'a jamais été versée en 5 ans de vie commune : soit 400 \$, 2 cochons ou deux chèvres, des pagnes et des vêtements pour le père et la mère de l'épouse, 20 litres de vin de palme, 2 caisses de bière, du sel, du sucre, un bidon d'huile de palme, 1 kg de noix de kola... Cela aboutira sur une non satisfaction de la demande, de probables disputes et accusations de sorcellerie réciproques, notamment lors de la remise de la médiocre compensation, "le déchargement" qui sera donné par le gouvernement. De plus malgré une vie commune prolongée, il est fait allusion à la "stérilité" de cette femme avec ce mari, alors qu'elle avait eu d'autres enfants de mariages précédents. La stérilité du mari peut être mise

en cause, mais aussi une stérilité de la femme provoquée magiquement par la belle-famille mécontente.

Au cours de cette mission, contrairement aux situations antérieures en RDC et au Congo, dans un terroir de vieilles cultures chrétiennes, catholique et protestantes, la consultation de devins semble rare ou masquée, du moins à Isiro et autour des cas enquêtés à Bédé en milieu yogo. La pauvreté ou la pseudo rareté des devins sont invoquées. Un cas isolé d'une prophétesse installée à quelques dizaines de kilomètres d'Isiro est signalé, mais n'a pu être investigué du fait de la distance : elle refusait qu'un enfant soit hospitalisé dans le centre de traitement d'Isiro, annonçant qu'il y mourrait avant le mardi s'il n'en sortait pas. L'enfant y mourut, ce qui renforça les uns dans la nécessité de l'isolement et les autres dans la conviction de l'incompétence, voire de la volonté criminelle des "Msf".

De fait l'opinion publique sans recours à des devins évoque divers modes de causalité de la propagation de l'épidémie :

- négation de l'existence du virus, par exemple par un député et un sénateur de la Province orientale parlant de maladie provoquée pour l'enrichissement des intervenants et/ou du gouvernement, par détournement de l'aide nationale et internationale ;
- morts provoquées lors de règlements de compte avec la belle famille pour non paiement de la dot ;
- rôle maléfique de certains oncles maternels ;
- jalousie de collègues de travail (cas index de l'infirmière d'Isiro) ;
- détournement des ponctions sanguines réalisées à des fins de diagnostic virologique, notamment les ponctions intracardiaques et leurs longues aiguilles, pour nourrir des pratiques sorcellaires destinées à l'enrichissement, la promotion et le succès de leurs bénéficiaires, autorités congolaise et également les "Blancs" en général ;
- corruption des personnels de surveillance locaux, intéressés financièrement à l'augmentation du nombre de cas ;

.../....



Bédé, RDC sept 2012 Jeune femme dont l'enfant est suspect et qui refuse les mesures de contrôle
2012 Alain Epelboin CNRS-MNHN Paris & WHO

Ces représentations de la causalité de la maladie "légitiment" la suspicion vis-à-vis des mesures coercitives sanitaires, les dissimulations de malades, les refus de suivi de cas contacts, de prélèvements sanguins, d'hospitalisation, de présence à domicile des équipes d'intervention....

Nous évoquons dans la vidéo *"entre compréhensif et coercitif, réponse à des menaces contre les équipes"* des situation de menaces envers les équipes par des sujets contacts qui se rebelleient ou provoquée par la frustration d'un parent de ne pas avoir pu voir une dernière fois le visage de sa soeur.



18 sept 2012 RDC, Bédé. Médiation psycho sociale auprès de l'auteur d'une lettre de menace envers les équipes

Les équipes d'hygiénistes qui se rendent sur le terrain, que ce soit pour un transport de malade, une désinfection de domicile, une levée de corps ou un enterrement ne circulent plus en tenues de protections individuelles et s'habillent sur place : mais cela n'empêche pas d'inquiéter la population et



23 sept 2012 RDC, Isiro. Désinfection d'un domicile avec habillage et déshabillage des tenues de protection sur place

parfois de déclencher des réactions agressives. Elles sont pourtant accompagnées d'agents chargés de la communication avec la famille et la population, qui en profitent également pour faire passer des messages de mobilisation sociale.

Une des raisons de l'agressivité à leur égard tient au fait que les consignes relatives à l'interdiction de brûler les effets personnels et le couchage des personnes suspectes ou confirmées n'ont pas toujours été respectés. 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.

Les protocoles de MSF Espagne assurent les enterrements des personnes décédées dans la structure d'isolement, mais refusent de s'occuper des autres morts même s'ils ont été suspects, ce qui n'est pas compris de la population. La spécialisation des personnels fait qu'après le signalement d'un suspect, sa prise en charge est retardée, nécessitant la survenue d'une nouvelle équipe spécialisée dans le transport de malades ou les prises de sang.

Et au moindre signe d'hostilité des populations, le niveau de sécurité des protocoles de MSF sont relevés, enfermant les personnels entre leur base et l'hôpital, éloignant encore plus ses équipes de la population.

Au delà des erreurs, des rigidités des protocoles, les équipes de MSF déployés très tôt après la confirmation de l'épidémie en août, omniprésentes en première ligne, jouent un rôle essentiel dans le contrôle de l'épidémie et sont des boucs émissaires commodes, tant pour la population que pour certaines autorités, sur un fond d'idéologie nationaliste et panafricaine.

Hôpital sécurisé au sein de l'hôpital général de référence d'Isiro

cf annexe 4 : vidéo visite de l'hôpital sécurisé d'Isiro, 24 mn 30



Le centre de traitement d'Ebola mis en place par MSF Espagne est remarquable, bénéficiant des capacités et du savoir faire logistique uniques de MSF.
Par rapport à 2003 les progrès sont notables.



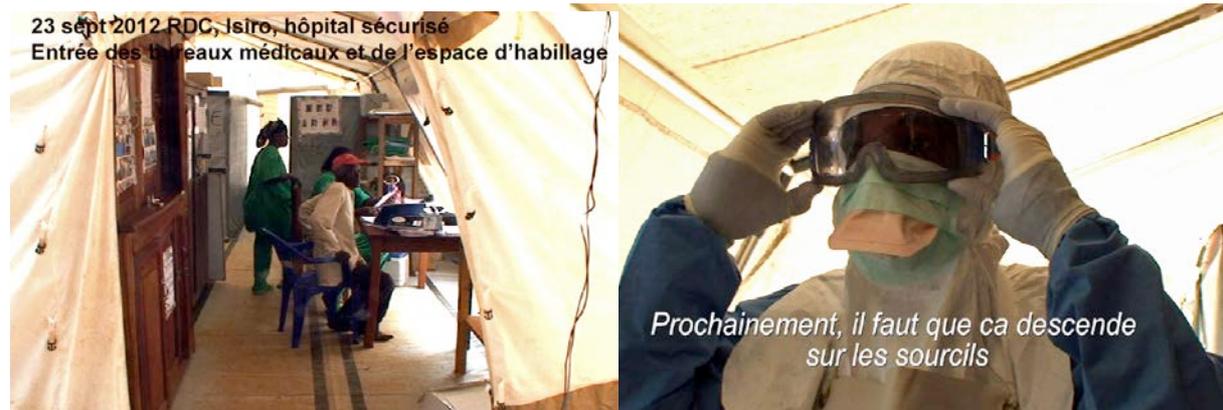


sept 2012 RDC, Isiro. WC avec couvercle de l'hôpital sécurisé par MSF

Les bâches étanches qui dissimulaient l'hôpital sécurisé aux regards sont abolies au bénéfice d'une signalétique réalisée avec des rouleaux de barrière de chantier orange, fixés sur des montants en bois. Les circuits de l'eau et des déchets sont strictement organisés. Les espaces intimes sont clos par des bâches plastiques blanches : des WC et des douches sont aménagés pour les personnes hospitalisées, pour les visiteurs et pour le personnel. Les espaces sont bien éclairés la nuit.



Le dispositif est "transparent", avec des circuits clairs, des compartimentages



des espaces selon les degrés de risque, une place pour les visiteurs et la famille au coeur du dispositif, une attention au confort psychologique et matériel des malades hospitalisés.

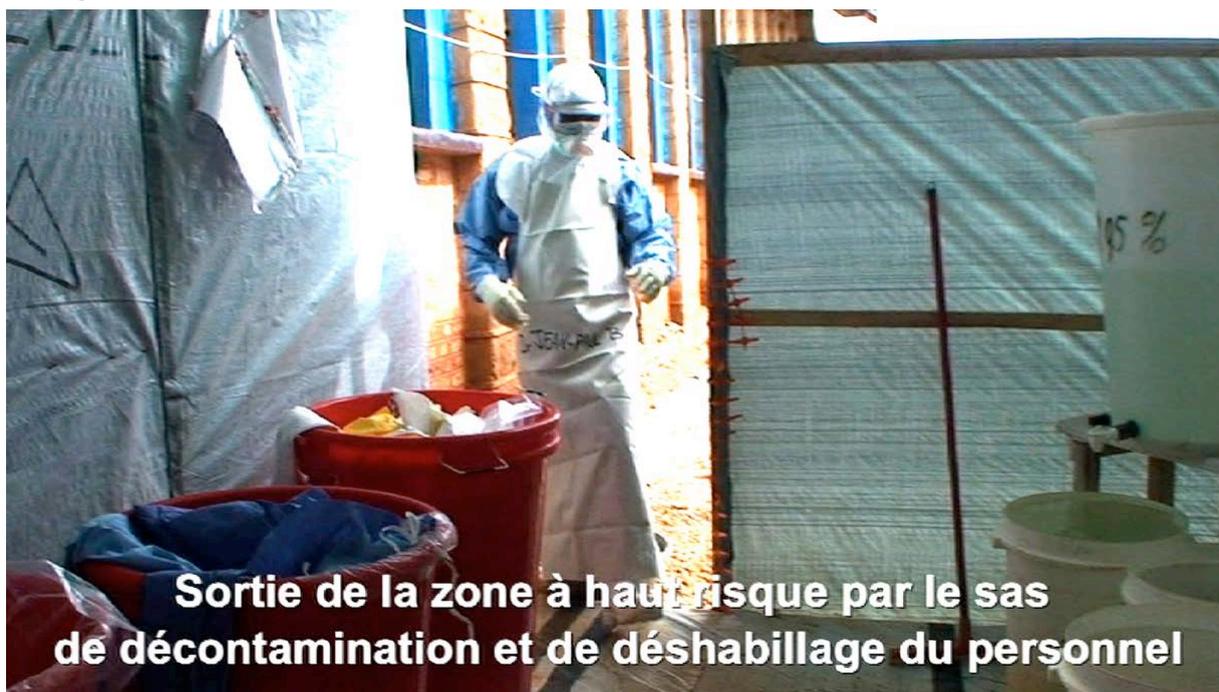


**25 sept 2012. RDC, hôpital sécurisé d'Isiro
Dossier médical et médicaments disponibles dans la salle
de traitement des femmes**

L'hospitalité des malades et de leurs familles est donc grandement améliorée avec la présence permanente de jour de traducteurs qui jouent aussi des rôles de médiateurs, d'une psychologue assurant les allers et retours entre les hospitalisés, les garde malades et la famille à la maison, notamment à l'aide de messages par photo et vidéo.

L'intimité est assurée dans les pièces de traitement par des écrans mobiles entre les lits.

Des nourritures appropriées et abondantes sont fournies aux hospitalisés et aux garde-malades.



**Sortie de la zone à haut risque par le sas
de décontamination et de déshabillage du personnel**

Bien évidemment des erreurs subsistent. Certaines sont corrigées dès la prise de conscience, comme l'inscription du mot "morgue" en grosses lettres sur la tente réservée à cet usage que les patients hospitalisés voyaient en se rendant aux toilettes. Elle fut effacée sur les conseils du psychologue congolais Olea. De même la notion d'"isolation" ou d'"isolement" a été proscrite et remplacée par celle de "traitement", car faisant peur à la population disait-on et que les malades hospitalisés ne sont pas "isolés", puisque leur famille est présente à portée de voix.

Le roulement et les tâches des personnels (médecins, infirmières, hygiénistes, chauffeurs, agents de surveillance et de recherche de malades, expatriés, nationaux, régionaux...) sont réglés par des protocoles stricts, qui ne peuvent être aménagés pour ce qui concerne la "sécurité" sans l'accord des autorités du siège de MSF Espagne.

En cas d'hospitalisation de malades dépendants, il n'existe pas de présence permanente d'un personnel en tenue de protection à l'intérieur de la structure. En cas de besoin, le malade doit se faire entendre, attendre que la décision d'habillage soit prise, puis celui-ci réalisé. Chaque tenue coûte plusieurs dizaines de dollars.

Du fait de leur dangerosité pour les personnels au sein des structures de traitement, en dehors des recherches de diagnostic virologique les prélèvements sanguins sont proscrits. Ceci amène à limiter la qualité de la médecine qui est pratiquée sans supervisions de seniors, avec très peu d'examens cliniques (auscultation palpation corporelle), sans examens biologiques de routine et avec un arsenal thérapeutique limité.

La proximité immédiate du laboratoire de diagnostic d'Ebola est un atout majeur.

Soutien psychologique, surveillance et mobilisation sociale



cf. annexe 4 : 2012 Epelboin A., Ebola en 2012, République démocratique du Congo, Province orientale, Haut Uélé. Production CNRS-MNHN Paris et OMS

Une chanson de sensibilisation a été inventée et réalisée début septembre par des musiciens locaux réputés dans les principales langues locales (lingala, yogo, zandé), sur la base des recommandations en vigueur à ce moment. Il a fallu un long temps pour lever des verrous financiers qui bloquaient sa diffusion. Elle est largement utilisée dans deux des trois vidéos réalisées. La commission "mobilisation sociale" consacre son temps et ses moyens à



des interventions réunissant un public nombreux, dans les écoles, les églises, les lieux publics, à la radio. Les vidéos ethnographiques anciennes, ainsi

que celles produites durant la mission ont été immédiatement employées.



11 sept 2012. RDC, Isiro. Séance de mobilisation sociale basée sur des projections de vidéos ethnographiques commentées



2012 RDC, Isiro. Réunion de sensibilisation des chefs coutumiers



Théoriquement, les activités relèvent de commissions et de personnes spécialisées. Dans les faits, toutes les occasions sont exploitées pour faire passer les messages : désinfection à domicile, surveillance des contacts, prise en charge de suspects, venue de visiteurs à l'hôpital, soutien psychologique des familles des malades, enterrements, visites de condoléances, rencontre de notables, de pasteurs, de tradipraticiens, de populations spécifiques...



11 sept 2012 Madikas. Soutien psychologique et mobilisation sociale au lendemain d'un enterrement



16 sept 2012 RDC, Bédé. Présentation des condoléances et mobilisation sociale à l'occasion d'un enterrement sécurisé



15 sept 2012 RDC, Bédé. Photo des enfants de la famille prise à la demande d'une malade atteinte d'Ebola hospitalisée



23 sept 2012 RDC, hôpital sécurisé d'Isiro. Sortie de malades de Bédé «déchargés» avec une compensation en matelas, bassines, vêtements et aliments divers

Les messages essentiels relatifs aux malades et aux cadavres, du haut en bas de la hiérarchie sanitaire sont souvent brouillés par des propos hygiénistes inadaptés, par exemple empruntés au contrôle des épidémies de choléra : *faire bouillir l'eau ou la désinfecter avec une solution chlorée, ne pas consommer des aliments froids et non couverts.*

Sans parler des rumeurs alarmantes entendues à la radio: sur des cas à Kinshasa, sur l'interdiction d'entrée en Arabie saoudite aux pèlerins congolais.

cf. annexe 2 : fausses nouvelles et messages brouillés, extraits internet et radio

Conclusion

Cette épidémie confirme les enseignements des épidémies précédentes

cf. annexe 5 : bibliographie FHV de l'auteur

L'importance du sous développement de la région et de l'Etat concernés est ici encore une fois une donnée essentielle de l'analyse des difficultés à contrôler l'émergence du virus, sur un passé de népotisme et une actualité de crises économiques et sécuritaires, de conflits politiques, religieux, ethniques, voire de violences militaires.

Les déficits de la mobilisation sociale ont toujours pour traits communs, le manque de moyens, le retard au démarrage, la diffusion de messages compliqués, voire brouillés, une mauvaise identification des groupes cibles ou des difficultés pour les atteindre, des conflits de compétence entre corps de métiers et/ou institutions.

Dans cette épidémie d'Ebola, de même que pour presque la moitié des autres épidémies, l'origine animale n'a pas été découverte.

Les chaînes épidémiologiques empruntent toujours les réseaux de parenté et d'amitié. Les femmes sont particulièrement exposées, vraisemblablement du fait de leurs activités de prise en charge des parents malades.

Lors des enquêtes épidémiologiques, les rapports de parenté entre les victimes devraient être reportés sur des schémas de parenté, de type généalogiques, en identifiant clairement les unités résidentielles, et non pas seulement en notant des informations à côté du nom de la personne.

Autre constante, les accusations d'usages maléfiques des prélèvements sanguins et tissulaires, des cadavres, qui suscitent le doute vis-à-vis des manipulations sécurisées des malades et des morts : d'où les difficultés à mener des investigations épidémiologiques basées sur des prises de sang. En passant, soulignons le progrès formidable représenté par la disponibilité de laboratoire de diagnostic sur le terrain. Il est à regretter que le premier laboratoire mobile, contrairement au deuxième venu le relayer se soit cantonné à des PCR, négligeant les investigations immunologiques, qu'il fallait adresser à Kampala avec de longs délais pour l'obtention des résultats. Ils sont pourtant indispensables à la reconstitution de l'épidémie, sans compter les techniques PCR permettant de retrouver des séquences d'ADN virales sur des matières ou des objets, à distance du décès.

La terreur provoquée par la mort de personnels soignants (infirmiers, sage-femme, médecins, pasteurs, tradipraticiens) et de gardes malades est elle aussi une constante, aboutissant à la désorganisation, voire la désertion des structures sanitaires par les personnels et les malades.

L'amplification de l'épidémie dans les hôpitaux est encore un trait constant, caractéristique des épidémies de FHV, mettant longtemps avant d'être

identifiée, comme par exemple à Uige en Angola en 2005.

On est toujours renvoyé au premier point de cette conclusion, à savoir le sous-développement et la pauvreté, le manque de moyens matériels, à commencer par les gants, le savon et les difficultés d'approvisionnement en eau.

Mais cela renvoie aussi à des représentations de la souillure microbiologique empruntant au religieux, au coutumier ou au magique. Ainsi un soignant de culture musulmane aura tendance à accepter un degré de saleté et de souillure différent pour la main droite et la main gauche. Ce qui est en contradiction avec les règles scientifiques qui traitent à part égale les valeurs attachées à la droite et à la gauche. De façon générale, en Afrique subsaharienne, les éventuels gants servent d'abord à protéger leur porteur de la souillure de l'autre. Il importe peu alors d'en changer entre deux patients puisque l'on pense être resté à distance de la souillure de l'autre, souillure qui est autant symbolique que microbiologique.

Le problème de fond tient aux "déficits" de formation professionnelle initiale et/ou permanente des personnels soignants officiels³, sans compter les praticiens "illicites", notamment les injecteurs à domicile, non qualifiés ou usant de matériels dangereux. Il faut aussi penser aux tradipraticiens et aux pasteurs qui manipulent des malades : leur sensibilisation passe par le verbe, mais aussi par la remise de paires de gants.

L'amplification de l'épidémie par certaines coutumes mortuaires impliquant des contacts de multiples personnes avec le cadavre est ici encore en cause. Elles sont un mode d'expression de l'affection vis-à-vis du défunt, mais aussi de la crainte de l'esprit du défunt, qui, s'il n'est pas honoré, peut se venger sur les vivants : à fortiori si sa mort a été prématurée et que ses assassins maléfiques n'ont pas été punis. On comprend mieux alors la présence fréquente d'objets usuels sur les tombes, réclamés en rêve par l'esprit du défunt, la recherche de coupable, la catharsis suscitée par les pleurs et la déploration, la séparation à terme de l'espace des morts et de celui des vivants : aussi laisse-t-on les cordes de portage neuves au fond de la tombe, les balais d'entretien sur place.

Inversement, le mort né ou le très jeune enfant est enterré dans une proximité extrême de la couche de sa mère, par exemple à l'extérieur, au pied du mur limitrophe, afin d'une part de conserver la proximité de sa mère et de pouvoir facilement se réincarner dans le prochain enfant conçu. Dans le cas de la jeune femme et de son nouveau né, décédés à l'hôpital sécurisé d'Isiro ils furent enterrés à quelques jours d'intervalle à Bédé. Les fosses furent creusées côte à côte, les cercueils, ainsi que les rames de palmier, tête-bêche.

³ cf 2010 Epelboin A., Pessoa-Silva Carmen & Ebenga Norbert *Ebola au Congo 2010 : atelier de prévention des infections et de contrôle de l'hygiène hospitalière, Hôpital de base de Ouesso (HBO), Congo, 5 juillet 2010, 1 h 32 Prod SMM CNRS-MNHN Paris & OMS*

L'existence de courants d'opinions contradictoires (politique, économique, religieux, traditionnelles, mystiques) quant à l'existence du virus ou aux explications de sa dissémination est ici aussi une constante. La montée en puissance des opinions "négationnistes", avec en particulier la recherche de responsables ou de boucs-émissaires, tient essentiellement aux capacités de contrôle de la mortalité. Lorsque l'épidémie perdure, des violences verbales et/ou physiques à l'encontre des personnels de la réponse à l'épidémie, locaux et expatriés "blancs" sont à attendre, souvent prévisibles. Un des éléments annonciateurs est le jet d'objets inoffensifs par de petits enfants sur les voitures, non réprimé par les adultes. L'humanitaire expatrié, fêté tombe du trône où on l'a juché à son arrivée, devient un ennemi, voire un assassin, désigné à la vindicte publique. C'est très dur pour tout le monde, et tout particulièrement pour des jeunes gens volontaires et courageux, qui se replient alors dans une distance professionnelle autoritaire et sécuritaire, ce qui aggrave l'hostilité. Et que dire du personnel local, insulté, menacé dans son propre quartier, accusé d'avoir fait venir les Blancs pour tuer la population?

La dissimulation des malades, les refus de coopération et les réactions hostiles des populations sont d'abord provoqués par l'angoisse, la douleur du deuil et la terreur. Ils sont amplifiés par des insuffisances psychologiques et matérielles de la réponse à l'épidémie, par des erreurs politiques de récupération sécuritaire, par des offenses involontaires tenant à la non prise en considération des spécificités locales, écologiques, sociales, économiques, religieuses, coutumières.

Lorsqu'elles surviennent, ainsi que nous le prônons et que le dit fort justement, l'ingénieur Lobia Maximilien dans la vidéo sur les réponses à des menaces contre les équipes, il faut utiliser la force "*réactionnaire*" des opposants pour la retourner au bénéfice du contrôle de l'épidémie. Il s'agit de savoir prendre le temps de saluer, de s'asseoir, d'être respectueux, amical, compréhensif, humble, didactique et autoritaire en même temps. Ces médiations doivent être menées en s'appuyant sur des médiateurs autochtones, membres de la société civile, autorités coutumières, religieuses, sportives, féminines....

L'omniprésence des psychologues, MSF, nationaux, était notable et utile, dans les réunions, sur le terrain ordinaire ou en situation de crise. Mais la pertinence de la pourvoyance psychologique s'épuise rapidement lorsqu'elle ne corrige pas des déficiences de traduction culturelle et débouche alors sur des malentendus, des quiproquos, des ethnocentrismes. Elle doit s'appuyer sur de bonnes connaissances des coutumes locales, des croyances, de l'organisation familiale, de la vie quotidienne jusque dans ses aspects les plus triviaux (le traitement des déchets corporels).

Si le psychologue est national, le problème de la distance linguistique, culturelle et sociale n'est pas forcément résolu s'il est issu de cultures religieuse, ethnique ou sociologique éloignées de celles de son interlocuteur.

En psychologie, comme dans les autres disciplines, y compris les sciences

dîtes dures, tout est affaire de capacités d'auto-analyse, d'usage de regards décalés et multidisciplinaires, de remise en question de certitudes. On ne s'étonnera pas de trouver ici sous les doigts d'un anthropologue, un plaidoyer renouvelé pour des formations complémentaires en anthropologie médicale et en psychologie transculturelle.

Il faut aussi signaler l'épuisement physique et psychologique des membres subalternes des équipes de réponse du fait de l'hostilité de la population et de la faiblesse, voire de l'absence de compensations matérielles et financières élémentaires.

Il faut aussi avoir toujours à l'esprit les risques de stigmatisation des malades survivants et de leurs familles, ainsi que, postérieurement à l'épidémie, celle des membres subalternes des équipes d'intervention.

La stratégie de communication qui a constitué à utiliser l'exhibition de témoignages de "déchargés" de l'hôpital d'Isiro, les convalescents ou les PCR négatifs, a été pertinente à court terme. Mais qu'en sera-t-il à moyen ou long terme pour ces personnes ? Des accusations à minima d'enrichissement non partagé avec la famille seront formulées à leur encontre.

L'importance des moyens humains, matériels et financiers déclarés dans la presse internet et à la radio (*RDC/Ebola: l'ONU lance un appel de fonds pour 2 millions de dollars*, AFP 5 septembre 2012 16h04) contraste avec le ressenti de la faiblesse des moyens parvenus à l'autre bout de la chaîne aux personnels subalternes et aux rescapés.

Les tentations de récupération politique de ces dons sont fortes tant pour le pouvoir en place que les opposants, sans compter les détournements relevant de l'économie informelle, parfois criminelle.

Les compensations individuelles remises aux "déchargés" de l'hôpital et aux familles des victimes sont dérisoires, s'élevant à une quinzaine d'Euros. A contrario, l'exemple des compensations gabonaises des années 2000 autour de 1500 Euros par victime montre qu'elles ont aussi pu être jugées insuffisantes, puisque leur importance avait valeur de reconnaissance de crime.

Malgré des progrès considérables de l'hospitalité des structures de soin et une mise en place de rituels funéraires sécurisés, appropriés aux coutumes, des progrès considérables restent encore à réaliser en terme de capacité d'écoute et d'adaptation des protocoles aux spécificités du terrain.

Il faut mieux ajuster l'épidémiologie, la communication et les mesures à prendre par des allers et retours incessants entre les données micro et macro, qualitatives et quantitatives, en s'appuyant tout particulièrement sur les intelligences locales, souvent des personnels subalternes.

Il faut aussi veiller à ne pas laisser un pseudo-culturalisme masquer les réalités économiques et politiques, les "dysfonctionnements" de personnes et d'institutions, licites, illicites et éventuellement criminels.

Annexe 1 : Anthropologist mission to democratic Republic of Congo to support the WHO response to outbreak of Ebola, 21 august 2012

Background

An outbreak of Ebola has been laboratory confirmed in the Oriental Province, DRC. A better knowledge of local beliefs and practices will enhance social mobilization and risk communication interventions to control the outbreak.

Therefore, Ministry of Health has requested from WHO an anthropologist to support the outbreak response.

Objective/Rational

The overall objective is to contribute to case fatality reduction and prevention of further spread by breaking the cycle of transmission in the community and health care facilities

Terms of reference for the mission.

In collaboration with the Ministry of Health, under the supervision of the WHO Country Office and the WHO team leader of the outbreak response team, to conduct the following activities:

Join a medical intervention team and assist in efforts to control the outbreak.

Carry out investigation that will help better understand local cultural attitudes to Ebola.

Identify beliefs and practices that may amplify or help control the outbreak,

Identify and incorporate local beliefs and practices into patient care and response efforts.

Contribute to conducting ecological studies in relation to primary cases, if possible, to identify the natural source of Ebola virus

Investigate social and anthropological issues that would support better understanding of outbreaks of Ebola

Investigate cultural and social norms within the communities that will contribute to developing better rapport and trust with the community

Support the Ministry of Health in documenting the anthropological aspects of the Ebola outbreak.

OUTCOME

An outbreak report with detailed description on medical anthropology will be provided to the DRC WCO. The report will identify the main findings, outbreak support provided as response to the outbreak, issues and challenges. The report will also propose recommendations for measures to quickly reestablish public health programs, follow up and evaluation outbreak response including medical anthropological and ecological aspects.

All materials and data produced would belong to WHO and MOH. Such materials cannot be used otherwise without written consent.

CANDIDATE SPECIFICATIONS:

Education and special training University degree in medical anthropology

EXPERIENCE (length and type)

Extensive experience in developing, implementing and evaluating medical anthropological policies, procedures and tools in low resource settings. Experience working with infectious disease outbreak response and in emergency situations is an added advantage.

KNOWLEDGE, ABILITIES AND SKILLS

Proven knowledge and skills in medical anthropological studies, extensive knowledge about the cultures and histories of Central African peoples and cultures; excellent interpersonal skills; strong organizational skills; and an ability to work effectively in a multicultural environment.

LANGUAGES

French

Annexe 2 : fausses nouvelles et messages brouillés, extraits internet et radio

Ministre de la Santé publique : la fièvre hémorragique d'Ebola signalée dans la Province Orientale, lundi 20 août 2012

... A Dungu, on a noté 1 décès ; à Isiro, 3 décès et à Viadana, 3 décès. L'actuelle épidémie de la fièvre d'Ebola dans la Province Orientale est partie d'un chasseur qui a dépiécé une antilope trouvée morte dans la forêt.

RDC: La viande de gibier responsable de l'épidémie KINSHASA, 26 août 2012 (IRIN)

« La personne décédée à Dungu était un chasseur. Alors qu'il se trouvait dans le bush, il a trouvé un cadavre d'antilope et ne s'est pas demandé comment l'animal était mort. Il s'en [le cadavre] est immédiatement emparé et l'a mangé... Il est tombé malade et il est décédé », a dit Kabange Numbi, le ministre de la Santé de la RDC.

... Jacques Gumbaluka, responsable du district sanitaire du Haut-Uele à Isiro, a indiqué que des enfants de moins de cinq ans avaient été traités pour anémie dans des centres de santé il y a environ un mois. Des adultes souffrant de saignements d'origine inconnue et de fièvres avaient ensuite été admis. « Il faut savoir que le sang coule dans les vaisseaux, mais lorsque le sang coule hors des vaisseaux, c'est un gros problème, c'est grave », a-t-il dit.

Situation épidémiologique d'Ebola : aucun cas suspect à Kinshasa, 01/09/2012 / Santé

Une fausse alerte faisant état de la propension du virus d'Ebola dans la commune urbano-rurale de Maluku, à Kinshasa, la semaine dernière a failli ébranler la ville.

La fièvre hémorragique virale d'Ebola n'a pas atteint la ville de Kinshasa, même pas la commune urbano-rurale de Maluku, porte d'entrée à partir de l'Est. La dysenterie dont souffriraient certains riverains à Maluku n'est pas d'origine virale.

... Des mesures sont prises pour le renforcement de la surveillance dans les différents postes frontaliers notamment à l'aéroport international de N'djili et aux ports, par les services de la police des frontières. Aussi, les ports privés sont-ils soumis à cette surveillance pour protéger la ville de Kinshasa des affres de Ebola. Tous les vols qui viennent de l'Est sont soumis au contrôle et, aux ports aussi bien publics que privés, des équipes sont positionnées pour que rien n'échappe aux services d'hygiène », a déclaré le Ministre.

SITREP 11 septembre 2012, Isiro, Haut Uélé, Province Orientale, RDC

Enterrement sécurisé d'un chat à l'aéroport d'Isiro dont la présence avait créé une panique parmi les éléments de la Monusco

Les musulmans de la RDC n'iront pas en pèlerinage à la Mecque cette année, 16 octobre 2012

Les musulmans vivant en RDC ne participeront pas au pèlerinage à la Mecque cette année. Le gouvernement saoudien a pris cette décision pour éviter toute contamination aux virus d'Ebola et de choléra qui sévit dans plusieurs régions

du pays. Le président et représentant légal de la Communauté islamique au Congo (Comico), Cheik Abdallah Mangala a confirmé cette information ce mardi 16 octobre.

Pour Cheik Abdallah Mangala, le gouvernement saoudien a pris la responsabilité « de protéger la vie des autres pèlerins en décidant que les musulmans qui vivent en RDC ne participent pas au pèlerinage cette année ».

« C'est une décision responsable du gouvernement saoudien. Imaginez plus de deux millions d'âmes qui arrivent en Arabie Saoudite. L'islam lui-même dit : ne vous exposez pas de vos propres mains à la perte », a-t-il soutenu, demandant aux musulmans vivant en RDC de prier pour le pays :

« Néanmoins, nous implorons le tout puissant, qu'il donne l'intelligence à nos responsables du gouvernement congolais afin d'éradiquer cette épidémie pour que l'année prochaine, nous soyons parmi [les pèlerins à la Mecque](#) »

Pourtant, l'[Organisation mondiale de la santé](#) dit n'avoir recommandé aucune restriction de mouvement ni vers la RDC ni de la RDC vers les autres pays à cause des épidémies. Le représentant résidant de cette agence onusienne, docteur Leodegat Bazira a déclaré ce mardi 16 octobre à Radio Okapi que l'épidémie d'Ebola a tendance à se stabiliser dans la partie Orientale du pays. Quant au choléra le ministère de la Santé et l'Organisation mondiale de la santé (OMS), a enregistré plus de dix neuf mille cas entre janvier et juin 2012. Les provinces les plus touchées sont : l'Equateur, le Bas-Congo, le Sud-Kivu et la [Province Orientale](#).

Epidémie d'Ebola à Isiro: les habitants réticents à se soumettre au dépistage 21 septembre Radio Okapi 27/09/2012

Les habitants d'Isiro, en Province orientale, à plus de 500 de Km de Kisangani, refusent de plus en plus de se soumettre au prélèvement d'échantillons de sang en cas de suspicion de contamination au virus d'Ebola. La société civile dit s'inquiéter de cette résistance observée notamment à Bede, une localité située à une dizaine de kilomètres d'Isiro.

Les habitants cette localité craignent de perdre tous les biens, du fait que les biens du malade décédé suite à l'hémorragie d'Ebola sont carrément brûlés. Ils exigent auparavant d'être dédommages.

Les commissions mobilisation sociale et psychosociale de lutte contre cette maladie s'engagent à intensifier les descentes sur terrain, afin de conscientiser la population.

Radio Okapi

Goma : confusions autour du virus Ebola, 25 octobre 2012 Désiré Bigega (Syfia Grands-Lacs/RD Congo)

A Goma, l'ignorance reste la règle concernant les modes de transmission du redoutable virus Ebola qui sévit dans le nord de la RD Congo. Pourtant, en l'absence de traitement ou de vaccin, seule la prévention, en particulier ne pas consommer de viande de chasse, pourrait pour ralentir l'épidémie.

Confusion. C'est ce qui ressort des avis recueillis, à propos du virus Ebola, au marché de Goma où sont vendus des produits venus d'Ouganda, l'une des sources de ce virus avec le Soudan. « Cette maladie vient de la viande boucanée. Or celle-ci n'est qu'une viande fraîche simplement fumée. Mais, du

coup, mon mari m'a demandé de ne plus acheter de viande du tout, par précaution », explique Alphonsine Mwavita, vendeuse de poissons salés qu'elle se procure au marché Ishasha, une zone frontalière d'échanges commerciaux entre Ougandais et Congolais. « Il ne faut pas serrer la main aux personnes qui viennent des régions contaminées », disent certains. Pour d'autres, ces histoires de virus ne sont manipulations : « C'est une fausse information qui permettra à certains de s'enrichir quand ils viendront proposer des médicaments ou un vaccin soi-disant curatif », juge un jeune homme. Les personnes originaires de régions où sévit la maladie sont de facto ostracisées. Ainsi Marie Mbanza, du district d'Isiro en Province-Orientale, a constaté un « désintéressement » dans la famille de son oncle où elle séjourne : « Les enfants ont peur de m'approcher et surtout de me serrer la main. »

à La Mecque cette année à cause de l'épidémie : « Nous avons reçu, au début du mois d'octobre, un message du cheikh Abdallâh Mangala, notre représentant national de la COMICO (Communauté islamique au Congo) à Kinshasa, nous annonçant cette interdiction en vue d'éviter la contamination avec Ebola et le choléra signalés dans notre pays », regrette le cheikh Masudi Kadogo, chef d'entité de la communauté provinciale islamique à Goma.

Annexe 3 : PROJECTIONS DE FILMS, DIFFUSION DES MESSAGES CLES *PRIORITAIRES ET DES TEMOIGNAGES DES DECHARGES D'ISIRO* Antoine SAKA SAKA Specialiste C4D Unicef RDC

Les soirees de ce weekend ont été particulièrement animées a Isiro avec la projection des films documentaires des réponses aux épidémies de Marbourg en Angola, d'Ebola au Congo Brazzaville et surtout de l'épidémie de fièvre hémorragique virale a virus d'Ebola a Isiro

En reconnaissant leurs médecins, leurs infirmières et surtout les malades gardés au centre de traitement, le public, plusieurs centaines des membres de la communauté venus certains en familles avaient l'impression d'entrer dans ce centre souvent assimilé a une tombe.



Commenté en dialecte par une volontaire de la Croix rouge bien connue du quartier de Kinkole ou les groupes des jeunes ont tenté de perturber l'enterrement sécurisé de madame Jackie, une autre légionnaire de Marie très populaire en essayant de forcer l'accès au centre pour s'emparer du corps, les images du centre soulèvent de

temps en temps des réactions spontanées de la foule émue.

Isiro est surtout connue grace a la Bienheureuse Vierge et Martyre congolaise ANUARITE NENGAPETA sur le point d'être canonisée Sainte. Ce dimanche matin au cours des différentes célébrations dominicales, des milliers de fideles catholiques mais aussi protestants, Kimbanguistes et de l'Eglise de Reveil ont suivi avec une attention toute religieuse la lecture du message clé prioritaire du Comité Scientifique International de Coordination de la Lutte contre l'épidémie de fièvre hémorragique virale a virus d'Ebola a la population de Isiro. En plus de ce message lu sous forme de communiqué, Les celebrants des differents cultes au sanctuaire par exemple se sont longuement etendues sur la necessite d'éviter les contacts avec les malades d'Ebola, les personnes mortes d'Ebola et les animaux trouves morts. Ils ont aussi insiste sur la necessite pour les personnes malades a consulter les centres de soin au lieu de se cacher ou de cacher les malades.

Le meme message a été diffusé des dizaines de fois sur les quatre stations de radio locales de la cité de Isiro. Les radio ont diffuse de nombreux temoignages des decharges c'est-à-dire les personnes diagnostiquees positives a la FHVE et admises au centre de traitement, guerries et raccompagnees dans leurs villages et quartiers de residence a la stupefaction generale. Oui de nombreux malades surtout parmi les jeunes ont été guerris apres le traitement et ont regagné leurs villages, familles et écoles.



Annexe 4 : vidéo 2012 Epelboin A., *Ebola en 2012, République démocratique du Congo, Province orientale, Haut Uélé*. Production CNRS-MNHN Paris et OMS

- visite de l'hôpital sécurisé d'Isiro, 24 mn 30

http://video.rap.prd.fr/video/mnhn/smm/2012_RDC_Ebola_Isiro_visite_hop_OMS_hopital_MS_F.mp4



Acteurs : personnels et malades de l'hôpital sécurisé pour les FHV d'Isiro.

Caméra/réalisation : Alain Epelboin CNRS-MNHN Paris et OMS.

Montage : Alain Epelboin & Mireille Gruska.

Traduction du lingala : Rémy Bazenguissa Ganga.

Musique : Stop Ebola (lingala, yogo, zandé, français...), Orchestre St Dominique Isiro.

Maquette sous-titrée en français du 21 octobre 2012,

Mots clés : Ebola Bundibugyo, isolement, MSF Espagne, tenue de protection individuelle, eau chlorée, hygiène, alimentation, hospitalité, consultation, médecin, infirmière, malades, parents gardes-malade, anthropologie médicale, éducation sanitaire, hôpital, Isiro, Haut Uélé, Province orientale, RD Congo

Résumé :

Film ethnographique tourné le 25 et le 26 septembre 2012 à l'hôpital sécurisé par MSF Espagne au sein de l'hôpital général de référence d'Isiro (République démocratique du Congo, Province orientale, Haut Uélé).

Il montre l'organisation des lieux et de la gestion de l'hygiène, en suivant l'accompagnement de la visite médicale et de la distribution de nourriture et de médicaments aux personnes hospitalisées, dont certaines sont décédées depuis, en respectant leur anonymat.

Il a été réalisé grâce à la collaboration des personnels congolais de MSF Espagne, des malades hospitalisés et de leurs familles et du Comité international de coordination scientifique et technique de lutte contre la FHVE. La musique originale Stop Ebola (lingala, yogo, zandé, français...) est l'oeuvre de l'Orchestre St Dominique d'Isiro reprenant les recommandations en vigueur au moment de sa réalisation début septembre 2012.

Ce film a été projeté durant l'épidémie pour montrer à la population et aux personnels engagés dans la réponse à l'épidémie la qualité de la prise en charge au sein de l'hôpital sécurisé.

La caméra est tenue par un opérateur en tenue de protection individuelle, identique à celles du personnel médical, se tenant à distance des malades et

des objets et meubles potentiellement contaminés. Non soumise à une contamination virologique, elle est ressortie immédiatement, poursuivant son travail, après que l'opérateur se soit soumis au protocole en vigueur de déshabillage et de désinfection.

Description :

Entrée dans l'hôpital général de référence d'Isiro

1 mn 47. Entrée dans l'hôpital sécurisé, marquée par une ablution obligatoire à l'eau chlorée 0,05% des mains et des semelles des visiteurs.

Arrivée par taxi moto du pain et du thé chaud qui sont partagés entre les familles garde-malades et les personnes hospitalisées, suspects, contaminées ou guéries du virus Ebola Bundibugyo.

3 mn 20. Description de l'espace médical, constitué d'un bureau, de vestiaires et d'un espace d'habillage des tenues de protection individuelle (TPI). On suit le médecin et les deux infirmières congolais de MSF Espagne qui revêtent leur TPI, avant d'effectuer la première visite médicale avec distribution de nourriture.

8 mn 25 Entrée dans l'espace à haut risque, marqué par une barrière et un pédiluve.

Visite des deux salles de personnes suspectes, occupées par une seule femme dont la température est redevenue normale.

11 mn 46. Visite de la salle de traitement de quatre femmes contaminées : distribution de remèdes et d'aliments et désinfection des zones souillées par les malades.

Visite des WC et douche réservées aux malades.

17 mn 25. Visite de la salle de traitement des hommes contaminés, occupée par un malade.

18 mn 21. Entrée dans le sas de sortie de la zone à haut risque, décontamination à l'eau chlorée et déshabillage de la TPI.

22 mn 27 Présentation de l'espace de lavage des tenues de protection à usage multiple, préalablement désinfectées.

22 mn 46. Présentation de la gestion de l'eau, de la pompe au stockage, jusqu'à la préparation des différentes eaux chlorées.

- funérailles sécurisées à Bédé d'une accouchée décédée à l'hôpital sécurisé d'Isiro, 11 mn 46

http://video.rap.prd.fr/video/mnhn/smm/2012_RDC_Ebola_Isiro_Bede_enterrement_mort.mp4



Acteurs : les participants à l'enterrement, famille, voisins, des personnels de MSF Espagne, des membres du Comité international de coordination scientifique et technique de lutte contre la FHVE

Caméra/réalisation : Alain Epelboin CNRS-MNHN Paris et

OMS

Montage : Alain Epelboin & Mireille Gruska

Musique : Stop Ebola (lingala, yogo, zandé, français...), Orchestre St Dominique Isiro

Maquette du 26 octobre 2012, version sous-titrée en français

Mots clés : Ebola Bundibugyo, pleurs, mort, enterrement sécurisé, rite funéraire, épidémiologie, anthropologie médicale, éducation sanitaire, Bédé, Isiro, Haut Uélé, Province orientale, RD Congo

Résumé :

Dimanche 16 septembre 2012.

Le corps de Mamy, décédée d'Ebola trois jours après son accouchement dans une salle d'isolement de l'hôpital sécurisé d'Isiro, a été enfermé dans un sac mortuaire après avoir été présenté à la famille.

Le sac désinfecté a été déposé dans un cercueil fermé, à son tour désinfecté

Le cercueil peut alors être manipulé avec de simples gants plastiques.

Le convoi funéraire de quatre véhicules quitte l'hôpital général d'Isiro pour gagner Bédé, le village d'origine de la défunte à une vingtaine de kilomètres où l'enterrement a lieu.

Quelques jours plus tard, le nouveau né de Mamy, contaminé par le virus, décèdera à son tour. Il sera enterré dans une tombe à côté de sa mère.

Chacune des tombes sera recouverte provisoirement d'une palme de palmier à huile. Puis elles seront régulièrement entretenues par les femmes, avec une balayette consacrée à cet usage, laissée sur la tombe.

Le film a été réalisé en collaboration avec la famille de la défunte, l'équipe de MSF Espagne, les accompagnants, membres des différentes commissions du Comité international de lutte contre Ebola à Isiro, en particulier les psychologues Olea Balayulu de Kinshasa et Debora Noal de MSF Espagne.

La musique originale Stop Ebola (lingala, yogo, zandé, français...) est l'oeuvre de l'Orchestre St Dominique d'Isiro reprenant les recommandations en vigueur au moment de sa réalisation début septembre 2012.

Description :

Départ du convoi mortuaire de l'hôpital en direction de Bédé, avec halte en cours de route pour accrocher en signe de deuil, des rameaux de feuillages verts à l'avant du véhicule transportant le cercueil.

Au fur et à mesure de l'approche du village de la défunte, les pleurs des parents installés dans le véhicule qui suit le cercueil montent en intensité, relayés par les lamentations des parents et amis croisés sur la route.

2 mn 39. À l'arrivée, le veuf descend du véhicule en pleurant, soutenu par ses parents et va s'installer avec les siens dans la maison collective sans murs, lieu de réunion couvert au milieu de la cour de la résidence, perpendiculaire à la route.

La foule grossit rapidement dans un concert de pleurs et de lamentations : une dispute éclate dont l'oncle maternel de la défunte est l'objet.

4 mn 26. Le creusement de la tombe de deux mètres de profondeur n'est pas achevé.

4 mn 45. Arrivée d'un prêtre catholique, celui là même qui sortait de l'église après la messe à quelques centaines de mètres lors du passage du convoi funéraire. Dans un silence total, marqué par le bruit des pics qui cassent les pierres du fond de la tombe, il tient un discours (non sous-titré) où il dit à la population qu'elle doit être attentive à ce que le personnel de santé lui dit et qu'elle lui fasse confiance. Et que c'est à cette condition seulement qu'elle va éviter cette maladie mortelle, avant même d'implorer Dieu pour qu'il l'aide à mettre fin à cette épidémie. Il termine par une prière et un amen repris par la foule recueillie. Il s'en va avant que le cercueil ne soit descendu du véhicule.

6 mn 09. Les fossoyeurs, tous des jeunes hommes, sortent de la tombe à l'aide d'une perche en bambou, puis disposent des rondins pour supporter le cercueil avant sa descente ainsi que deux cordes en matière synthétique bleue. Ils enfilent les gants de plastiques épais fournis par les hygiénistes de MSF.

6 mn 37. Quatre hommes gantés descendent le cercueil du véhicule. Ils le disposent au dessus de la fosse, les pieds vers la route. Huit hommes sont nécessaires pour tenir les cordes durant la descente du cercueil, celles ci étant glissantes et trop courtes. Les pleurs vont *crescendo*, notamment les enfants de la défunte assis sur le côté extérieur de la maison de réunion. Les hommes font cercle autour de la tombe et les femmes à la périphérie.

Les cordes, comme le veut la coutume sont abandonnées dans la tombe.

8 mn 38. La terre est versée d'abord doucement sur le milieu du corps, les pieds, puis la tête. Le cercueil est recouvert rapidement de terre, puis des jeunes gens descendent pour la tasser et la répartir. Les pierres extraites du fond de la fosse sont disposées sur le dessus de la fosse comblée, puis recouvertes de terre tassée.

10 mn 42. Les fossoyeurs rendent les gants aux hygiénistes qui leur proposent une ablution des mains et des pieds à l'eau chlorée, malheureusement en quantité insuffisante pour être proposée aux autres assistants.

10 mn 52. Puis, dans la maison de réunion ou les endeuillés sont réunis,

chacun son tour, les membres de l'équipe expriment leurs condoléances et en profitent pour répéter les consignes sanitaires. Divers dons sont remis, en particulier du café et du sucre, en prévision de la cérémonie de la nuit avec danse et musique.

- entre compréhensif et coercitif, réponse à des menaces contre les équipes, 9 mn 14

http://video.rap.prd.fr/video/mnhn/smm/2012_RDC_Ebola_Isiro_Bede_menace_crise.mp4



Acteurs :

- Maurice Tongolo, membre de la commission mobilisation sociale du Comité international de lutte contre la fièvre hémorragique Ebola (CILE).
- Eugénie Baganda, infirmière graduée en santé publique, membre de la commission surveillance du CILE
- Jacques Akonangana, infirmier

superviseur, membre de la commission surveillance du CILE

- Lobia Maximilien, ingénieur, locuteur yogo, médiateur de crises du CILE

Caméra/réalisation : Alain Epelboin CNRS-MNHN Paris et OMS

Montage : Alain Epelboin & Mireille Gruska

Maquette du 26 octobre 2012, version sous-titrée en français

Mots clés : Ebola Bundibugyo, surveillance épidémique, sang, cadavre, violences contre les équipes, représentations de l'épidémie, traditions, sorcellerie, approche compréhensive, approche coercitive, psychologie, anthropologie médicale, communication, Isiro, Haut Uélé, Province orientale, RD Congo

Résumé :

Malgré les efforts d'humanisation (hospitalité des structures d'isolement, enterrements sécurisés confiés à la famille, sensibilisation, mobilisation et communication sociale multimédias, présence active d'épidémiologistes, de psychologues et d'anthropologues...), le déni du virus persiste et les recherches de coupables réels et métaphoriques des morts se multiplient, sur un fond de misère et d'intérêts politico-économiques antagonistes.

Des boucs-émissaires sont nommés (belle-famille, équipes et les malades survivants sont stigmatisés).

Les équipes sont aussi régulièrement l'objet de menaces, amplifiées par les dysfonctionnements institutionnels.

Description :

Le film débute sur une séance de mobilisation sociale nocturne dans un quartier d'Isiro, basée sur la projection de vidéos enregistrées lors d'épidémies

précédentes, commentées par un membre de la commission mobilisation sociale.

0 mn 44. Une femme et un homme, infirmiers congolais d'Isiro, chargés du suivi quotidien des « contacts » et du repérage de malades, racontent le dénis du virus, les accusations d'enrichissement illicite des équipes de réponse à l'épidémie, de détournement du sang et de consommation des cadavres à des fins de sorcellerie et de recherche de pouvoir.

Deux situations de menaces contre les équipes sont rapportées, ainsi que la médiation appropriée qui eu lieu pour apaiser la situation :

2 mn 27. Une a été provoquée par un taximan moto, "contact" d'une personne décédée, de fait au chômage en raison de la stigmatisation dont il était devenu l'objet. Lui et sa mère ont menacé avec une machette les membres des équipes de surveillance venus le visiter, en leur enjoignant de ne plus mettre les pieds chez lui. Puis, il excita ses voisins, ce qui fait qu'au retour d'une ambulance transportant un enfant fiévreux et son oncle, garde malade en TPI, la route fut barrée et le véhicule immobilisé. Des violences furent exercées sur le chauffeur et l'oncle par une foule armée de machettes, d'arcs et de flèches jusqu'à la médiation compréhensive et autoritaire de l'ingénieur Lobia, médiateur appartenant à la même ethnie, mandaté par le CILE (4 mn 42).

5 mn 17. L'autre situation de crise rapportée avec menaces sur les équipes est celle provoquée par un autre jeune homme, absent lors de la levée de corps de sa sœur à l'hôpital et à qui on avait refusé d'ouvrir de nouveau le cercueil et le sac mortuaire au moment de l'enterrement afin qu'il puisse voir une dernière fois son visage. Il écrivit une lettre de menace au CILE, enjoignant aux équipes de ne plus passer devant chez lui, ce qui était inacceptable et impossible puisque sa maison est installée sur le bord du seul axe menant à Bédé, le lieu d'émergence d'une chaîne épidémiologique en provenance d'Isiro.

L'ingénieur Lobia raconte comment, de façon empathique, humble et autoritaire, une équipe de notables et de membres du Comité international se déplaça sur place, négocia avec le protestataire et le retourna en le transformant en agent sensibilisateur.

Annexe 5 : bibliographie FHV de l'auteur

Ecrits FHV

- 2012 Epelboin A., Odugleh-Kolev A., Formenty P., "Annexe 13. Contribution de l'anthropologie médicale à la lutte contre les épidémies de fièvres hémorragiques à virus Ebola et Marburg" pp 87-93, in *Epidémies de fièvres hémorragiques à virus Ebola et Marburg : préparation, alerte, lutte et évaluation*, WHO/HSE/GAR/BDP 120p.
- 2012 Epelboin A., Bahuchet S. & Durand J. L. 2012. « Le bon goût de la viande de primate : des interdits des Pygmées aka aux injonctions écologiques », in Michèle Cros, Julien Bondaz et Maxime Michaud (dir.), *L'animal cannibalisé. Festins d'Afrique*, Paris, Editions des archives contemporaines, pp 45-69.
- 2011 Epelboin A. & Formenty P. Anthropologie sociale et culturelle et lutte contre les épidémies de fièvre Ebola et Marburg pp 111-113 in Lepot Catherine et Guégan Jean-François (sous la direction de) *Les maladies infectieuses émergentes : état de la situation et perspectives*. Haut Conseil de la santé publique La Documentation française, Collection Avis et rapports, 207 p.
- 2010 Epelboin A. Suspicion de fièvre hémorragique virale chez des chasseurs pygmées de la région de Ouessou Congo 29 juin/7 juillet 2010 : rapport de mission OMS, 24 p.
- 2009 Eric M. Leroy, Alain Epelboin, Vital Mondonge, Xavier Pourrut, Jean-Paul Gonzalez, Jean-Jacques Muyembe-Tamfum, Pierre Formenty. Human Ebola Outbreak Resulting from Direct Exposure to Fruit Bats in Luebo, Democratic Republic of Congo, 2007 *Vector-Borne and Zoonotic Diseases* doi:10.1089/vbz.2008.0167.
- 2009 Alain Epelboin, « L'anthropologue dans la réponse aux épidémies : science, savoir-faire ou placebo ? », *Bulletin Amades* [En ligne], 78 | 2009, mis en ligne le 01 septembre 2010, Consulté le 09 septembre 2009.
<http://amades.revues.org/index1060.html>
- 2008 Epelboin A, Formenty P, Anoko J et Allarangar Y. Humanisations et consentements éclairés des personnes et des populations lors des réponses aux épidémies de FHV en Afrique centrale (2003-2008) /Humanisation and informed consent for people and populations during responses to VHF in central Africa (2003-2008) in INFECTION CONTROL MEASURES AND INDIVIDUAL RIGHTS: AN ETHICAL DILEMMA FOR MEDICAL STAFF] *In Humanitarian Stakes* N°1. September 2008, conférence video 17mn 25 & pp 25-37 [28-40].
http://www.msf.ch/fileadmin/user_upload/uploads/ureph/2008_09_19_humanitarian_stakes_n1/dvd/question_1_fr.html
- 2006 Pierre Formenty , Eric Maurice Leroy , Alain Epelboin , François Libama , Marco Lenzi , Hinrich Sudeck , Philippe Yaba , Yokouide Allarangar , Paul Boumandouki , Virginot Blad Nkounkou , Christian Drosten , Allen Grolla , Heinz Feldmann , Cathy Roth Detection of Ebola Virus in Oral Fluid Specimens during Outbreaks of Ebola Virus Hemorrhagic Fever in the Republic of Congo. *Clin Infect Dis*. 2006 Jun 1;42:1521-1526 16652308
<http://lib.bioinfo.pl/pmid:16652308>
- 2005 Hewlett BS, Epelboin A, Hewlett BL & Formenty P - Medical anthropology and Ebola in Congo: cultural models and humanistic care. *Bull Soc Pathol Exot*, 2005, 98, 237-244.
<http://64.233.183.104/search?q=cache:d0UEbGPK5DMJ:www.pathexo.fr/pdf/Articles-bull/2005/2005n3/T98-3-2761-2-7p.pdf+epelboin&hl=fr&ct=clnk&cd=38&gl=fr>
- 2005 Boumandouki P, Formenty P, Epelboin A, Campbell P, Allarangar Y, et al. - Prise en charge des malades et des défunts lors de l'épidémie de fièvre hémorragique due au virus Ebola d'octobre à décembre 2003 *Bull Soc Pathol Exot*, 2005, 98, 218-223.
<http://64.233.183.104/search?q=cache:lrMnNK1-xJ4J:www.pathexo.fr/pdf/Articles-bull/2005/2005n3/T98-3-2770-6p.pdf+epelboin&hl=fr&ct=clnk&cd=13&gl=fr>

- 2005 Formenty P, Epelboin A, Allaranger Y, Libama F, Boumandouki P, et al. - Séminaire de formation des formateurs et d'analyse des épidémies de fièvre hémorragique due au virus Ebola en Afrique centrale de 2001 à 2003. (Brazzaville, République du Congo, 6-8 avril 2004). *Bull Soc Pathol Exot*, 2005, 98, 244-254.
<http://64.233.183.104/search?q=cache:qR9On7xX7icJ:www.pathexo.fr/pdf/Articles-bull/2005/2005n3/T98-3-seminaire-11p.pdf+epelboin&hl=fr&ct=clnk&cd=22&gl=fr>
- 2003 Formenty P., Libama F., Epelboin A, Allaranger Y., Leroy E., Moudzeo H., Tarangonia P., Molamou A., Lenzi M., Ait-Ikhlef, Hewlett B., Roth C., Grein T., L'épidémie de fièvre hémorragique à virus Ebola en République du Congo, 2003 : une nouvelle stratégie. *Méd. trop.* 2003 – 63-3 pp 291-295
- 2003 Epelboin A, Formenty P, Bahuchet S., Du virus au sorcier : approche anthropologique de l'épidémie de fièvre hémorragique à virus Ebola sévissant dans le district de Kellé (Congo) *Canopée* n°24 Juillet 2003 pp 5-6
<http://www.ecofac.org/Canopee/N24/Sommaire.htm>
http://www.open-earth.org/document/readNature_main.php?natureId=228
- 2002 Epelboin A. La médecine traditionnelle dans les politiques de santé et de coopération avec les pays en développement, Haut Conseil de la coopération international
<http://www.hcci.gouv.fr/travail/audition/epelboin-medecine-traditionnelle-ped.html>
<http://www.amades.net/recherches/debats/debat1A.htm>

Vidéo FHV

- 2012 Epelboin A., Ebola en 2012, République démocratique du Congo, Province orientale, Haut Uélé, Production CNRS-MNHN Paris et OMS
 - visite de l'hôpital sécurisé d'Isiro, 24 mn 30
http://video.rap.prd.fr/video/mnhn/smm/2012_RDC_Ebola_Isiro_visite_hop_OMS_hopital_MSf.mp4
 - funérailles sécurisées à Bédé d'une accouchée décédée à l'hôpital sécurisé d'Isiro, 11 mn 46
http://video.rap.prd.fr/video/mnhn/smm/2012_RDC_Ebola_Isiro_Bede_enterrement_mort.mp4
 - entre compréhensif et coercitif, réponse à des menaces contre les équipes, 9 mn 14
http://video.rap.prd.fr/video/mnhn/smm/2012_RDC_Ebola_Isiro_Bede_menace_crise.mp4
- 2010 Epelboin A. « Médecins, anthropologues, des approches complémentaires » (entretien et extraits de films Ebola 14 mn 25) in « Propositions d'alliance » Dalnoki R., Mustelier P. & Philibert C., *Guérisons, une approche anthropologique*, DVD multimédia 180 mn, CNRS Images
- 2010 Epelboin A., Pessoa-Silva Carmen & Ebenga Norbert *Ebola au Congo 2010 : atelier de prévention des infections et de contrôle de l'hygiène hospitalière, Hôpital de base de Ouesso (HBO), Congo, 5 juillet 2010*, 1 h 32 Prod SMM CNRS-MNHN Paris & OMS
<http://video.rap.prd.fr/video/mnhn/smm/2010CongoEbolaTraining.mp4>
- 2010 A. Epelboin, R. Price, A. Marx & P. Formenty DVD interactif Ebola au Congo 2003, 2007, Marburg en Angola 2005, films didactiques OMS, corpus thématique, 6 films = 3 h 04 mn = /35 + 30 + 40/ + /35 + 24 + 20/ mn = 104 scènes, Prod. SMM CNRS-MNHN, OMS Genève (maquette bêta)
- 2007 B. Kandolo, J. F. Lubuela, F. Tshioko Kweteminga & Alain Epelboin, *Ebola en République démocratique du Congo 2007 : un laboratoire de diagnostic rapide à Mweka*, 15 mn, Coprod. Radio Télévision Mweka, OMS, CNRS-MNHN & Comité territorial de la Croix-Rouge
<http://video.rap.prd.fr/video/mnhn/smm/RDC2007EbolaMwekalabo.rm>
- 2007 F. Brunnuell, A. Epelboin & P. Formenty *Ebola, c'est pas une maladie pour rire / Ebola : no laughing mater*, (Congo), 51 mn 28, Prod. CAPA
http://video.rap.prd.fr/video/mnhn/smm/2007_Congo_pourebolarire_engl.mp4

- http://video.rap.prd.fr/video/mnhn/smm/2007_Congo_pourebolarire.mp4
- 2005 A. Epelboin, J. N. Anoko, P. Formenty, Annie Marx, D. Lestage, *Marburg en Angola* 2005 Production, SMM/CNRS/MNHN & OMS
- *O trio contra Marburg* 18 mn
http://video.rap.prd.fr/video/mnhn/smm/new_Trio_Marburg_00.rm
 - *Mise en bière d'un bébé* 25 mn
http://video.rap.prd.fr/video/mnhn/smm/Miseenbiere_00.rm
 - *Funérailles de crise, le tailleur et les siens* 37 mn
http://video.rap.prd.fr/video/mnhn/smm/Le_Tailleur_et_les_siens_00.rm
- 2004 A. Epelboin, A. Marx, J. L. Durand, *Ebola au Congo* 2003 Production, SMM/CNRS/MNHN & OMS
- *Virus, sorciers & politique février 2003, Kéllé*, 35 mn,
http://video.rap.prd.fr/video/mnhn/smm/20040211_00_ebola_au_congo_fevrier_2003.rm
 - *Virus paroles et vidéo, juin 2003, Kéllé, Mbomo*, 30 mn
http://video.rap.prd.fr/video/mnhn/smm/20040614_00_ebola_au_congo_juin_2003.rm
 - *Virus, braconnier et fétiche, déc 2003, Mbomo*, 40 mn
http://video.rap.prd.fr/video/mnhn/smm/20040617_00_ebola_au_congo_decembre_2003.rm