

**Hostilités contre les humanitaires intervenant dans le
contexte d'épidémie Ebola en Afrique, comprendre les
facteurs explicatifs**

**Mémoire
LHUMA2900**



Tigana Iyeli Habari

NOMA : 0127-23-00

Promotrice : Professeure Stéphanie Demoulin

Année académique 2024-2025

Table des matières

RESUME DU TRAVAIL.....	2
INTRODUCTION GENERALE	3
CHAPITRE I. CADRE CONCEPTUEL ET THÉORIQUE	6
I.1 Définition de concepts clés	6
Acteurs Humanitaires.....	6
Urgence en santé publique	6
Endémie, épidémie et pandémie	7
La riposte aux épidémies	7
Épidémie Ebola	8
Violence	8
I.2 Théories mobilisées.....	9
Théorie de la méfiance sociale	9
Communication en cas de crise	11
Approche anthropologique de la santé	12
CHAPITRE II. MÉTHODOLOGIE	13
II.1 Questions de recherche	13
II.2 Objectif de la recherche	13
II.3 Nature et approche méthodologique de l'étude	13
II.4 Méthodes et sources de données pour le volet de la revue documentaire	13
Critères d'inclusion	14
Critères de non-inclusion.....	14
Procédure dans la recherche documentaire.....	14
Journal de recherche	15
II.5 Méthodes et sources de données pour le volet de la recherche empirique	19
Les critères de choix d'informateurs	19
Les critères de non-inclusion	19
Outils de collecte de données	19
Traitement et analyse	19
Limite de l'étude pour le volet empirique	20
CHAPITRE III. RESULTATS ET COMMENTAIRES	21
III.1 Présentation et analyse d'articles sélectionnés pour le volet recherche documentaire	21
III.2 Présentation et analyse de résultats des entretiens avec les informateurs clés pour le volet de la recherche empirique	28
CHAPITRE IV. DISCUSSIONS ET ANALYSES	35
Conclusion et recommandation	37
Références	38

RESUME DU TRAVAIL

Contexte et justification

Les épidémies Ébola que le monde a connu ont plus eu lieu en Afrique dont les deux plus importantes à savoir l'épidémie Ebola de l'Afrique de l'Ouest de 2013 à 2016 et la dixième de la RDC 2018 à 2020. Ces dernières se sont caractérisées par un nombre important de personnes touchées mais aussi de décès. Une chose que beaucoup semblent négliger et d'autres apprennent à vite oublier c'est le nombre important des attaques qu'ont connu des acteurs engagés dans la riposte contre ces épidémies. Ces attaques ont été pour la plupart de cas perpétrées par les bénéficiaires de projets portés par ces acteurs de ripostes. De quels types de violences ces humanitaires étaient victimes ? Quelles ont été les raisons ou facteurs ayant justifié ces actes ? c'est dans cet optique que ce travail de fin d'étude est effectué.

Objectifs

Notre travail a pour objectif majeurs de fournir les informations pertinentes relatives aux relations tendues entre acteurs de ripostes Ebola et communautés bénéficiaires lors de deux plus grandes épidémies.

Méthodologie

Nous avons procédé à une revue de la littérature sur 15 articles autour de la problématique et 7 entretiens semi directifs ont été effectués auprès des informateurs clés

Résultats

Les humanitaires engagés dans la riposte contre Ebola ont été victime de différents types de violences dont le refus de collaboration, les entraves, la destruction de biens et équipements commis à la riposte, des insultes et menaces verbales ainsi que des agressions physiques ayant conduit au meurtre d'un acteur en 2019 à Nord Kivu. Les causes de ces comportements sont multi factoriels dont les causes psychosociales (rumeurs et perceptions erronées), les défaillances dans la gestion de la crise, la létalité du virus Ebola le tous dans un contexte marqué par l'insécurité et les tensions sociales pour le cas de l'Est de la RDC.

Conclusion : les résultats de ce travail plaident pour une prise en compte de plusieurs par les gestionnaires de situations de crises pareilles pour éviter le pire.

INTRODUCTION GENERALE

L'Afrique est considérée comme berceau d'épidémies et pandémies. Parmi les pathologies épidémiques et pandémiques récurrentes en Afrique on compte le choléra, la rougeole, la dysenterie, la fièvre jaune, **la maladie à virus Ebola (MVE)**, la grippe, le paludisme, la peste, la trypanosomiase, et tout récemment le covid19 et monkeypox. Plusieurs éléments justifient la récurrence de ces épidémies notamment : le climat chaud et humide particulier en Afrique central et propice au développement rapide des microbes, la proximité avec les animaux sauvages, la précarité des mesures d'hygiène, les guerres civiles [1].

La maladie à virus Ebola (MVE) est une maladie hémorragique virale. Elle est rare et sévit sous mode d'épidémie. La MVE est extrêmement mortelle avec un taux de létalité moyen de 50%. « Les virus Ebola et Marburg sont considérés comme des armes biologiques de catégorie A dans la nomenclature des agents potentiels de bioterrorisme » [2]. La maladie à virus Ebola a été évoquée pour la première fois au monde à Yambuku en République Démocratique du Congo (RDC) et en Nzara au Soudan en 1976. A ces jours, plus de 30 épidémies se sont succédé dans le monde principalement en Afrique donc 15 en RDC [3].

Vu le caractère épidémique et le fort pouvoir transmissible des maladies hémorragiques virales dont Ebola, l'organisation mondiale de la santé (OMS) impose une surveillance mondiale permanente de ces pathologies. Les épidémies d'Ebola sont généralement considérées comme des urgences de santé publique de portée internationale (USPPI) [4]. Les situations d'épidémies à MVE mobilisent énormément des ressources allant de quelques millions de dollars à des milliards de dollars en fonction de l'ampleur de l'épidémie. De 2014 à 2020, le monde a enregistré deux plus grandes épidémies d'Ebola jamais connue avant. La plus importante, survenue à 2014 en Afrique de l'Ouest a touché principalement la Guinée, le Liberia et la Sierra Leone causant 11316 décès sur 28639 personnes atteintes. Plus de 3,6 milliards de dollars américains ont été dépensés pour combattre cette épidémie qui a pris fin en 2016 [5]. La seconde, survenue au mois d'Août 2018 à la partie orientale de la RDC a éteint 3470 personnes faisant 2287 décès. Entre 800 millions et 1,2 milliards de dollars américains ont été dépensés pour mettre fin en 2020 à cette épidémie [6].

Nous avons pris part à la riposte au Nord Kivu contre l'épidémie d'Ebola entre 2018 et 2020 pour le compte de l'ONGI International Medical Corps. Nous avons eu à apporter appuis sur la prévention et contrôle des infections (PCI) auprès de prestataires de structures sanitaires et dans les communautés touchées par le fléau. Durant nos activités sur terrain, nous nous étions sentis

très touchés et même interpellés par les hostilités contre les acteurs d'interventions sanitaires de la part des communautés touchées et certains groupes armés. Beaucoup n'hésitaient pas à s'en prendre physiquement aux humanitaires. C'est dans ce climat tendu qu'un épidémiologiste de l'OMS avait été tué par des hommes armés le 19 avril 2019 lors d'une réunion de travail dans une structure sanitaire.

Les violences contre les acteurs engagés contre la riposte d'Ebola est loin d'être un fait isolé de la situation d'Ebola au Nord Kivu et Ituri. En 2015, plusieurs cas de violences contre les humanitaires ont été documentés principalement à Guinée, et dans une moindre mesure au Liberia et Sierra Leone lors de la plus meurtrière épidémie Ebola de l'Afrique de l'Ouest [7]. La communication sur le risque Ebola et l'engagement communautaire fait partie des piliers incontournables de la stratégie de la riposte contre Ebola [8]. Il est démontré à ces jours que « L'engagement communautaire et la prise en compte de la détresse psychologique sont des facteurs clés pour une meilleure assistance à la population et une humanisation de la prise en charge » [9]. Toutes entraves de collaborations entre les acteurs humanitaires engagés pour la riposte Ebola et les communautés touchées seraient de nature à mettre en danger l'humanité tout entière.

Quel sont les facteurs qui expliquent les réticences, méfiances voire hostilités des communautés frappées par la crise Ebola contre les acteurs humanitaires impliqués dans la riposte ? Quelles ont été les perceptions locales sur l'épidémie et la riposte mise en place ? Dans quelles mesures les violences contre les acteurs de riposte contre les deux plus importantes épidémies Ebola ont influencé la propagation et transmission du virus au cours de ces épidémies ? Voilà autant de questions que notre étude vise à apporter des réponses en se focalisant sur deux épidémies Ebola les plus meurtrières évoquées ci haut.

Notre étude vise un objectif principal qui consiste à Fournir les informations nécessaires sur les difficiles relations entre les communautés touchées par les deux épidémies les plus importantes de la maladie à virus Ebola et les Intervenants dans le cadre de la riposte contre ce fléau. De manière spécifique, l'étude vise d'une part à répertorier les facteurs expliquant la méfiance voire l'hostilité contre les acteurs de la riposte au cours de la gestion de deux plus importantes épidémies Ebola que le monde a connu. D'autre part, nous allons décrire l'influence des violences contre les acteurs de la riposte sur le dynamique de deux plus importantes épidémies Ebola que le monde a connu.

Pour arriver à répondre à ces questions, nous allons procéder par une revue documentaire dans la première phase puis à des entretiens qualitatifs avec des informateurs clés dans la seconde phases. Après l'introduction générale, un cadre conceptuel et théorique sera développé, la méthodologie sera expliquée, les résultats seront ensuite présentés, ensuite viendra la partie de discussion, puis une conclusion sera tirée.

CHAPITRE I. CADRE CONCEPTUEL ET THÉORIQUE

I.1 Définition de concepts clés

Acteurs Humanitaires

D'après le glossaire de *l'alliance pour la protection de l'enfance dans l'action humanitaire*, acteurs humanitaires reprend un « Large éventail d'autorités, de communautés, d'organisations, d'agences et de réseaux inter-agences qui se combinent tous pour permettre à l'aide humanitaire internationale d'être acheminée vers les lieux et les personnes qui en ont besoin. Ils incluent les agences des Nations Unies, le Mouvement international de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge, les organisations non gouvernementales (ONG), les institutions gouvernementales locales et les organismes donateurs » [10]. Le problème avec cette définition de notre avis est qu'elle tend à présenter les acteurs humanitaires dans une seule facette comme étant des porteurs de contributions étrangères. Un acteur humanitaire œuvrant sur terrain est guidé et conduit par quatre principes humanitaires qui sont [11].

Le principe de l'humanité : toute souffrance humaine, où qu'elle soit, méritent soulagement, en particulier les personnes vulnérables.

Le principe de la neutralité : l'aide humanitaire ne doit pas être profitable à camp au détriment de l'autre dans le contexte d'un conflit armé

Le principe de l'impartialité : seul le besoin doit guider l'octroi de l'aide humanitaire, aucune considération raciale, sociale, politique etc... ne peut prévaloir

Le principe de l'indépendance : l'objectif humanitaire ne doit pas être lié ou dépendre des influences politiques, économiques ou militaires.

Urgence en santé publique

Il existe sans doute plusieurs manières de définir l'urgence en santé publique. La définition qui nous a semblé la plus intéressante est celle *l'Agence de gestion des urgences du Massachusetts* qui la définit comme étant « l'apparition ou la menace imminente d'une maladie ou d'un problème de santé, causé par le bioterrorisme, une épidémie ou une pandémie, ou par un agent infectieux ou une toxine biologique, qui présente un risque substantiel pour les humains en provoquant un nombre important de décès ou une invalidité permanente ou à long terme » [12]. Par cette définition, nous pouvons nous rendre compte que toute épidémie n'est pas forcément une urgence en santé publique. Cependant, certaines épidémies, compte tenu de sa nature sont considérées d'emblée comme étant des urgences en santé Publique.

Lorsqu'une telle situation, conformément aux critères du règlement sanitaire international (annexe 2) constitue autant un risque de santé publique pour d'autres Etats en raisons de sa propagation éventuelle et qu'elle nécessite une action internationale cordonnée, elle est dite **urgence de santé publique de portée internationale (USPPI)** [4].

Endémie, épidémie et pandémie

L'endémie correspond à une maladie (ou phénomène de santé) limitée dans l'espace ou à un groupe de population donnée mais illimitée dans le temps. Le concept endémie ne fut avant considérée que pour les maladies infectieuses (paludisme, cholera, fièvre jaune) mais de nos jours il est aussi utilisé pour d'autres problèmes de santé tels que l'obésité etc... [13].

L'épidémie correspond à une augmentation soudaine et excessive de nombre de cas (prévalence) d'une maladie. Cette augmentation est limitée dans l'espace mais aussi dans le temps. Il peut s'agir aussi d'une augmentation significative de cas d'une d'endémie [13]. Plusieurs fois nous entendons parler de la **flambée épidémique**, l'organisation mondiale de la santé (OMS) stipule ce qui suit : « Une flambée épidémique est la brusque augmentation du nombre de cas d'une maladie normalement enregistré dans une communauté, dans une zone géographique ou pendant une saison données » [14]. Pourtant dans différents documents y compris les documents de l'OMS, les deux termes sont utilisés sans nette démarcation.

La pandémie est une épidémie qui touche une aire géographique très étendue voire tous les cinq continents [13]. Nous pouvons comprendre en d'autres mots que la pandémie est une épidémie qui n'a aucune tendance à être limitée sur le plan spatial.

La riposte aux épidémies

Nous n'avons trouvé une définition précise sur la riposte aux épidémies. Cependant, le dictionnaire Le Robert définit la riposte comme « une vive réaction de défense, contre-attaque vigoureuse ». Nous considérons alors une réponse aux épidémies comme un ensemble de mesures et activités enclenchées pour répondre vigoureusement à une épidémie que se déclare.

Il existe au sein de l'OMS, un réseau mondial d'alerte et d'action en cas d'épidémie, en anglais ***global outbreak alerte and response network*** (GOARN). Ce réseau aide détecter précocement et étouffer les flambées épidémiques de par n'importe quel coin du monde [15]. A chaque fois qu'une épidémie éclate dans un pays quelconque, une riposte se met en place. Six domaines de compétences techniques sont mis en place pour contenir l'épidémie, il s'agit de 1) *structure de coordination de partenaires* 2) *système d'information sanitaire et épidémiologie* 3) *laboratoire et services de diagnostique* 4) *système de prise en charge* 5) *un système de lutte contre les*

infections 6) *système de communication de risque et engagement communautaire*. A ces six domaines de base, d'autres peuvent être développés en fonction de situations [15].

Épidémie Ebola

Jusqu'à ces jours, la maladie à virus Ebola (MVE) a toujours sévit sous mode d'épidémie. La détection d'un seul cas constitue une épidémie. Vu sa létalité (30 à 90%), les épidémies Ebola sont toujours gérées avec beaucoup de rigueurs, « la réponse aux épidémies d'Ebola ou de Marburg est basée sur des mesures sanitaires drastiques qui peuvent porter atteinte aux libertés individuelles et collectives » [16]. Il est évident que la gestion d'une épidémie comme celles d'Ebola soit une période propice pour des tensions sociales.

Violence

Considérant les violences comme un des défis majeurs en santé publique, l'OMS définit la violence comme étant une menace ou utilisation intentionnelle du pouvoir ou de la force physique contre soi-même, contre autrui ou contre un groupe ou une communauté avec éventuellement les conséquences comme le traumatisme, le décès, des dommages psychologiques, un mal développement ou une carence [17]. Cette définition démontre le caractère nuisible des violences au sein d'une communauté frappée par un autre fléau, en occurrence les communautés frappées par la MVE.

I.2 Théories mobilisées

Théorie de la méfiance sociale

Comprendre la méfiance sociale

La méfiance est définie comme une attitude à se montrer prudent et sceptique envers des personnes, des situations et des circonstances[18]. Elle est peut-être utile dans la mesure où elle permet de se protéger contre les actions malveillantes à l'instar de escroqueries, arnaques etc... Toutefois, vivre dans un état de méfiance permanent risque d'induire la paranoïa.

Les méfiances dans les sociétés sont appréciées différemment en prenant en compte leurs formes et leurs logiques d'actions d'après la revue scientifique intitulé « *l'expérience ordinaire de la méfiance* »[19]. Quatre résultats de recherches étaient au cœur de cette revue. Il est d'abord démontré que dans cette revue que **l'incertitude et les violences** génèrent une méfiance généralisée au sein d'une société. Les populations qui vivent dans les situations des violences armées, se trouvent aussi prises par l'incertitude¹ dans leurs relations sociales et elles finissent par développer de la méfiance.

Dans la suite, la revue démontre que dans certaines situations, le vécu de certaines **expériences négatives** relatives aux violations de confiance ou loyauté induit de la méfiance. Les trahisons occupent la place importante dans ces expériences telles que rapportées par la revue. Pour arriver à induire la méfiance, la trahison active trois leviers qui sont la connaissance, l'émotion, et la croyance.

Dans d'autres situations pourtant, comme dans les milieux professionnels, les opérateurs dans les services d'immigration doivent faire preuve de la méfiance comme une **compétence professionnelle**. En effet, les services d'immigration européens, vu qu'ils sont confrontés par un nombre très élevé de demandes d'asiles, vu que bon nombre de demandeurs d'asiles ne fondent pas leurs demandes sur base de arguments valables, les opérateurs commis dans le traitement de dossiers de demandeurs sont tenus à se montrer méfiants faces aux arguments de demandeurs d'asile. Le travail visant à contrôler et valider le dossier se transforme progressivement à un examen de crédibilité de demandeurs d'asile.

Enfin, de deux études qualitative et quantitative menées aux États-Unis et citées par la revue, il a été montré que la méfiance était en réalité le résultat d'une **interaction entre une personne**

¹ L'incertitude ici est comprise comme la difficulté de pouvoir déterminer la nature et les intentions des personnes avec qui on interagit.

et une configuration sociale spécifique. Dans cette approche, il y a plutôt la combinaison de plusieurs facteurs dont les conditions d'existence, les expériences vécues, les représentations du monde, les sentiments et ressources personnels. Les conditions d'existence font allusion aux contextes. Un milieu menaçant où règne l'insécurité va générer la méfiance, de même que les expériences négatives vécues. Ces deux éléments sont des facteurs majeurs de la méfiance. Cependant, d'autres éléments tout aussi considérables sont à prendre en compte, notamment les ressources, les aptitudes sociales, les représentations du monde. Une personne possédant suffisamment des ressources développe moins la méfiance qu'un pauvre. La raison étant les conséquences ou méfaits qui justifient l'attitude de la méfiance peuvent être surmontés lorsqu'on dispose suffisamment de ressources.

La méfiance selon cette revue n'est pas forcément l'opposée de la confiance car la méfiance n'induit pas forcément l'anéantissement totale des actions des individus malgré la présence de facteurs sus mentionnés. Ils peuvent malgré la méfiance entreprendre des actions dans des contextes très particuliers. Cependant la méfiance peut aussi paraître l'opposé de la confiance. Si pour une personne, l'issue d'un phénomène ou d'une expérience est perçue par une représentation opposée et binaire comme bienveillance /malveillance, sécurité/danger et qu'elle engendre des émotions comme assurance/inquiétude, crainte ; alors l'attitude rattachée à la confiance paraît l'opposée de la méfiance.

Effets sociétaux de la méfiance

La méfiance au sein de la société engendre des effets ambivalents allant dans le sens aussi négatif que positif. La méfiance est considérée comme une attitude rationnelle lorsque dans des zones de conflits armés où règnent les violences de tout genre, elle génère : **prudence extrême, permanente réflexivité, attentions aux moindres détails, volonté frénétique de tout savoir** etc...

Hormis ces attitudes positives, deux chercheurs américains Mirowsky et de Ross cités dans la revue notent qu'au-delà des attitudes positives, à mesure que la méfiance devient une habitude cognitive, elle génère des effets psychologiques et sociaux délétères. Elle peut amener à un état de **suspicion généralisée**, voire à **une paranoïa** si cette méfiance est poussée par des idées de persécution ou complot. De ces états peuvent ressortir la **désaffiliation, l'anomie, relégation, exclusion, criminalité** etc...

Communication en cas de crise

Il est admis que les actions rapides, adéquates et adaptées par les populations d'une communauté frappée par toutes situations d'urgences permettent d'éviter ou atténuer de façons substantielle l'impact d'un accident, tremblement, pandémie, attentat, bref toutes situations de catastrophes naturelles ou artificielles. Les premiers gestes aident à sauver des nombreuses vies. L'information sur la crise, son évolution et les mesures relatives aident à sauver des milliers de vies [20].

Pour ce qui est de crises sanitaires, le GOARN compte la communication des risques et l'engagement communautaire (CREC) parmi les piliers majeurs de ripostes contre les crises sanitaires. « Des communautés informées, engagées et responsabilisées sont la pierre angulaire d'une riposte rapide, équitable et efficace face à une épidémie ou une urgence sanitaire » [15]. La communication de risque comprend différents échanges en temps réel des informations, conseils entre différents experts engagés dans les ripostes et les membres de communautés affectées par les crises sanitaires. L'engagement communautaire est quant à lui un processus visant à faire impliquer pleinement les communautés et organisations locales dans la bataille contre la crise sanitaire dans le but de faire d'eux des acteurs déterminants dans la création solutions qui soient réalisables et acceptables par les populations[15]. Dans les situations de crises sanitaires, la CREC se déploie en s'appesantissant sur dix mesures basiques qui sont[15] :

1. Faire impliquer et collaborer tous les piliers de la riposte pour assurer un lien entre communautés et tous les acteurs multisectoriels
2. Effectuer rapidement les enquêtes qualitatives dans le but d'impliquer les communautés dans le processus de riposte visant à mettre en place des interventions ciblées et concertées
3. Mettre en place un mécanisme de rétroaction communautaire
4. Élaboration par un processus concerté les discours efficaces qui visent pour les communautés touchées à éviter les risques en adoptant les comportements salutaires sur fond d'une bonne perception communautaire sur la crise.
5. Identifier et éliminer les failles de communications sous toutes ses formes et gérer les infodémies
6. Injecter dans chaque pilier de la riposte un personnel qualifié en CREC et soutenir la mise en œuvre de différentes stratégies retenues
7. Mettre en œuvre les activités de riposte dans toutes les stratégies de riposte convenues au niveau des structures et communautaires.

8. Impliquer les communautés dans les planifications de services sur tous les plans
9. Renforcer les capacités des agents de santé communautaire et les prestataires de santé de la première ligne au-delà de la crise sanitaire
10. Inclure le plan de suivis et d'évaluations pour suivre les progrès de communs accords avec la communauté.

La bonne communication en début d'une crise détermine la crédibilité de tout ce qui suit. Une communication appropriée peut aider à réduire la durée de la gestion d'une crise particulièrement dans sa première phase (Golden Hour) de la crise marquée par une incertitude[20].

Approche anthropologique de la santé

L'anthropologie est définie comme l'étude de ce qui fait de nous des êtres humains [21]. Pour arriver à maîtriser la complexité de culture humaine, l'anthropologie intègre plusieurs sciences dont les sciences sociales, humaines, biologiques et physiques. L'anthropologie médicale de la santé est une branche de l'anthropologie qui se veut concrète et vise à résoudre des problèmes concrets de la santé en se fondant sur les connaissances anthropologiques[22].

L'approche de l'anthropologie médicale et la santé a démontré toute son importance sur la gestion délicate de quelques situations sanitaires. La première situation était celle du VIH. Les analyses socio-anthropologiques avaient permis d'éclaircir les problèmes dans le fonctionnement des structures sanitaires et les fonctionnements sociaux. Par la suite cette approche avait permis de proposer les stratégies adaptées qui ont été appliquées en prenant en compte les dimensions médicales interculturelles, les médecines alternatives, les comportements de patient face aux soins.

L'approche d'anthropologie médicale et la santé avait été aussi exploitée très utilement lors de la crise sanitaire Ebola de 2014. Au cours de cette crise, les anthropologues, en étroite collaboration avec les prestataires de soins s'étaient imprégnés des réalités locales dans un contexte d'extrême tension entre communautés et prestataires de soins. Les analyses effectuées avaient permis de décrypter les causes de comportements de patients contre les prestataires. Il avait été noté les fluctuations de messages ambigus sur Ebola à la base du scepticisme de la part de populations. Le travail des anthropologues avait permis d'adapter les vocabulaires des équipes de riposte qui avaient permis de surmonter les barrières culturelles dont les croyances locales erronées sur le fléau [22].

CHAPITRE II. MÉTHODOLOGIE

II.1 Questions de recherche

Quels sont les facteurs à base de réticences, méfiances et hostilités contre les humanitaires engagés à la riposte contre Ebola par les communautés touchées par ce fléau ? c'est cette question qui est au cœur de notre étude. De celle-ci, une autre question intéressante se pose ; c'est celle de comprendre dans quelle mesure les violences contre les acteurs de riposte contre les deux plus importantes épidémies Ebola ont influencé la propagation et transmission du virus au cours de ces épidémies ?

II.2 Objectif de la recherche

Objectif principal

Notre travail vise à fournir les informations nécessaires sur les difficiles relations entre les communautés touchées par les deux épidémies les plus importantes de la maladie à virus Ebola et les Intervenants dans le cadre de la riposte contre ce fléau.

Objectifs spécifiques

De manière beaucoup plus particulière, cette étude va :

- ✓ Répertorier les facteurs expliquant la méfiance voire l'hostilité contre les acteurs de la riposte au cours de la gestion de deux plus importantes épidémies Ebola que le monde a connu
- ✓ Décrire l'influence des violences contre les acteurs de la riposte sur les dynamiques de deux plus importantes épidémies Ebola que le monde a connu.

II.3 Nature et approche méthodologique de l'étude

Notre étude est qualitative (interprétative), elle procède par une revue documentaire et une étude de cas via des entretiens avec les informateurs clés. L'étude se veut à la fois un travail de synthèse et empirique.

II.4 Méthodes et sources de données pour le volet de la revue documentaire

Nous avons recherché et exploité plusieurs articles et revues scientifiques portant de manière précise sur notre thématique. Pour cela, nous allons consulter deux bases de données en ligne dont *Pubmed*, *ScienceDirect*.

Critères d'inclusion

Pour être retenus dans cette étude, les articles collectés devraient répondre à un certain nombre de critères dont :

1. Être tiré de deux bases de données sus mentionnées (nous comptons prendre tous les articles sur la pyramide des preuves allant des revues systématiques aux études de cas)
2. Avoir été publié dans la période allant de janvier 2014 à ces jours
3. Être lié à une de deux plus grandes épidémies Ebola que le monde a connu à savoir l'épidémie Ebola 2013 à 2016 en Afrique de l'Ouest et l'épidémie Ebola 2018 à 2020 à l'Est de la RDC.
4. Être aligné ou soit aborder les faits psychosociaux de la délicate relation entre acteurs commis à la riposte et les communautés touchées ou groupes armés dans le contexte de ces deux plus importantes épidémies Ebola
5. Aborder la dynamique d'une de ces deux épidémies en fonction des incidents sécuritaires
6. Avoir comme populations cibles de l'étude : les acteurs de la riposte contre les deux épidémies ciblées, les communautés frappées par ces épidémies, les groupes armés.

Les articles sélectionnés devraient remplir tous les critères mentionnés haut. Toutefois, l'article qui répond au critère 4 n'est pas obligé de remplir le critère 5 et vice versa.

Critères de non-inclusion

Ne seront pas considérés dans cette étude

1. Articles ne répondant en aucun critère parmi ces reprises sur les critères d'inclusion ou bien articles répondant partiellement (<80%) aux critères ci-haut.
2. Articles qui remplissent tous les critères d'inclusion mais ne démontrant pas pour le critère 3 un lien direct avec les deux grandes épidémies Ebola

Procédure dans la recherche documentaire

La recherche documentaire a commencé par le ciblage de concepts clés qui ont été traduits en anglais grâce aux sites **mesh.inserm.fr** et **HeTOP**. De cette traduction, nous avons obtenu différents descripteurs Mesh (Medical Subject Headings) utiles pour cibler les articles sur Pubmed mais également exploitables pour d'autres sites consultés pour ce travail. Ci-après le tableau reprenant les concepts et leurs traductions en langage de recherche.

Concepts	Libellé suggérés	Traduction en anglais
Ebola	Ebolavirus, Fièvre hémorragique à virus ebola,	Ebolavirus, Ebola Hemorrhagic Fever
Connaissances, croyances	Connaissances, attitudes, cultures	Knowledge ,beliefs, cultures
Communautés	Communautés	Communities;
Opposition	Opposition	Opposition
Violence	Violence	Violence
Conflit	Conflit	Conflit
Transmission	Transmission maladies infectieuses	Disease Transmission, Infectious
Attaque	Attaques	Attak
Perception de la réponse	Perceptions sociales	Social Perceptions
Rumeurs	Infodémiques	Infodemic
Droits humains	Droit de l'homme, Droit de patients	Human Rights, patient rights

Ces termes obtenus ont permis les recherches sur les bases de données en lignes dont ScienceDirect, Pubmed

Journal de recherche

ScienceDirect

Mots-clés et équations de recherches	((Ebola) AND (human right) AND (public health ethic)) Filtre : années : 2014-2024, social science and medecine
Nombre d'articles proposés	32
Nombre d'articles retenus	5
Intérêt pour le travail	Rachel Sweet , No'e Kasali b (2024). Public health intervention amidst conflict: Violence, politics, and knowledge frames in the 2018-20 Ebola epidemic in Democratic Republic of the Congo https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2024.116854 Cet article nous est extrêmement utile car il nous dévoile les facteurs ayant été à la base du conflit entre humanitaire et communautés dans la crise Ebola de 2018 à 2020 en RDC. Philippe Calain*, Marc Poncin (2015). Reaching out to Ebola victims: Coercion, persuasion or an appeal for self-sacrifice ? https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2015.10.063 L'article explore l'ambiguïté ou le manque de clarté dans l'approche exploitée par les équipes de riposte lors de l'épidémie Ebola en Afrique de l'Ouest. Cette situation aurait entravé le respect de l'aspect éthique de leurs approche perçue comme étant à la base de conflits. S. Harris Ali, Jarrett Robert Rose * (2022), The post-colonialist condition, suspicion, and social resistance during the West African Ebola epidemic: The importance of Frantz Fanon for global health https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2022.115066 L'article pointe les effets du colonialisme comme facteur dans la méfiance communautaire engendrée lors de la crise épidémie Ebola de l'Afrique de

	l'Ouest. Cette étude s'étant fondé sur les observations pertinentes de Frantz Fanon. Alice Desclaux, Dioumel Badji, Albert Gautier Ndione , Khoudia Sow (2017), Accepted monitoring or endured quarantine? Ebola contacts' perceptions in Senegal https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2017.02.009 L'étude aborde les perceptions de contacts Ebola sur les restrictions et certaines obligations imposée dans le cadre de lutte contre Ebola de l'Afrique de l'Ouest. Nous trouvons l'article intéressant dans la mesure où ces perceptions peuvent être des éléments capables d'enclencher les hostilités contre les agents de riposte. Samantha Vanderslott , Luisa Enria , Alex Bowmer , Abass Kamara, Shelley Lees c (2022), Attributing public ignorance in vaccination narratives https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2022.115152 L'article met en exergue les effets néfastes de certains discours des acteurs de santé publique lors de campagnes vaccinales, ces discours selon les chercheurs masquent les questions de fond soulevées dans les inquiétudes et méfiances de populations et ainsi détournent l'attention à accorder aux vraiment problèmes. Le cas de Ebola en Serra leone est aussi concerné dans l'étude. Nous pensons donc que cet élément est un facteur non négligeable entre communauté et acteurs de riposte Ebola.
--	--

PubMed

Mots-clés et équations de recherches	((Ebola) AND (beliefs)) AND (conflits) Pas de filtres
Nombre d'articles proposés	32
Nombre d'article retenus	2
Intérêt pour le travail	Basilua Andre Muzembo , Ngangu Patrick Ntontolo, Nlandu Roger Ngatu, Januka Khatiwada , Tomoko Suzuki, Koji Wada et coll (2022) ; Misconceptions and Rumors about Ebola Virus Disease in Sub-Saharan Africa: A Systematic Review https://doi.org/10.3390/ijerph19084714 Cet article est une revue systématique qui analyse les résultats de 14 articles sur les croyances autour d'Ebola dont certaines peuvent être identifiées conflictogènes Ben Oppenheim, Nicholai Lidow, Patrick Ayscue, Karen Saylor, Placide Mbala, Charles Kumakamba, Michael Kleinman (2019) ; Knowledge and beliefs about Ebola virus in a conflict-affected area: early evidence from the North Kivu outbreak https://doi.org/10.7189/jogh.09.020311 L'article fait la démonstration de la très mauvaise perception des communautés bien qu'en faible proportion sur l'implication des forces armées et les travailleurs Ebola dans la propagation du virus, ceci aurait contribuer à l'aggravation des tensions et méfiance causées. Ces perceptions étaient toutefois variables suivant les contrées.

Mots-clés et équations de recherches	((Ebola) AND (opposition)) AND (communities)
Nombre d'articles proposés	3
Nombre d'article retenus	1
Intérêt pour le travail	Tieman Diarra, Joseph Okeibunor, Amadou Baïlo DIALLO, Nkechi Onyeneho, Barry Rodrigue, Michel N'da Konan Yao et coll (2023), Epidemic Response amidst Insecurity: Addressing the Ebola Virus Epidemic in the Provinces of North Kivu and Ituri https://doi.org/10.29245/2578-3009/2023/s3.1102 L'article relate les différentes formes de violences contre les humanitaires lors de l'épidémie dans la région Est et démontre l'impact qu'auraient eu ces événements sur le cours de l'épidémie Nkechi G. Onyeneho^{1*}, Ngozi Idemili Aronu¹, Ijeoma Igwe¹, Joseph Okeibunor², Tieman Diarra³, Bailo Diallo² et coll (2023) Two Obstacles in Response Efforts to the Ebola Epidemic in the Provinces of North Kivu and Ituri in the Democratic Republic of the Congo : Denial of and Rumors about the Disease https://doi.org/10.29245/2578-3009/2023/s3.1104 Cet article, tiré par effet boule de neiges et sous-jacent à l'article précédent sur le portail du PubMed nous a semblé intéressant car il identifie deux éléments qui seraient des obstacles au bon déroulement du processus de riposte contre Ebola
Mots-clés et équations de recherches	((Ebola virus disease) AND (violence)) AND (transmission)) AND (Congo) Filtre : 2014 - 2025
Nombre d'articles proposés	16
Nombre d'article retenus	6
Intérêt pour le travail	John Daniel Kelly, Sarah Rae Wannier, Cyrus Sinai, Caitlin A. Moe, Nicole A. Hoff, Seth Blumberg, et coll (2020), The Impact of Different Types of Violence on Ebola Virus Transmission During the 2018–2020 Outbreak in the Democratic Republic of the Congo https://doi.org/10.1093/infdis/jiaa163 Cet article renseigne sur l'impact de violences sur la transmission de MVE lors de la dixième épidémie Ebola en RDC. Kasereka Masumbuko Claude, Jack Unterschultz, Michael T. Hawkes^{ID} (2019), Social resistance drives persistent transmission of Ebola virus disease in Eastern Democratic Republic of Congo : A mixedmethods study https://doi.org/10.1371/journal.pone.0223104 L'article démontre par les méthodes qualitatives et quantitatives les facteurs à la base de résistance et considère que les attitudes de résistance peuvent gêner les efforts de l'engagement communautaire pour la lutte contre l'épidémie S. Rae Wanniera, Lee Wordena, Nicole A. Hoffc, Eduardo Amezcuaab, Bernice Selod, Cyrus Sinaie, et coll (2019) ; Estimating the impact of

	violent events on transmission in Ebola virus disease outbreak, Democratic Republic of the Congo, 2018–2019 https://doi.org/10.1016/j.epidem.2019.100353 Cet article nous paraît intéressant car il détaille les résultats d’une étude menée pendant l’épidémie du Nord-Kivu comparant la transmission dans les zones sous conflit et celles qui ne l’étaient pas. Chad R. Wellsa, Abhishek Pandeya, Martial L. Ndeffo Mbahb, Bernard-A. Gaüzèrec, Denis Malvyc, Burton H. Singerf (2019) ; The exacerbation of Ebola outbreaks by conflict in the Democratic Republic of the Congo https://doi.org/10.1073/pnas.1913980116 L’article apprécie les conséquences de troubles communautaires sur la dynamique de la gestion de l’épidémie en prenant en compte la rapidité de l’isolement et l’efficacité de la vaccination. Moritz U. G. Kraemer, David M. Pigott, Sarah C. Hill1, Samantha Vanderslott, Robert C. Reiner Jr, Stephanie Stasse, et coll (2020) ; Dynamics of conflict during the Ebola outbreak in the Democratic Republic of the Congo 2018–2019 (effet boule de neige, cet article est sous-jacent au précédent sur la page Pubmed) https://doi.org/10.1186/s12916-020-01574-1 L’article mesure l’association entre différents variables construits et considérés comme liés au conflit et les décès dans différentes zones et par la suite la corrélation entre existence du conflit et l’augmentation du tût de transmission de la MVE A. Tariqa, K. Roosaa, K. Mizumotoa, G. Chowella (2019), Assessing reporting delays and the effective reproduction number: The Ebola epidemic in DRC, May 2018-January 2019 https://doi.org/10.1016/j.epidem.2019.01.003 (l’article a été tiré de pubmed mais son doi renvoie sciencedirect) Cet article nous a paru intéressant dans la mesure où il analyse l’impacte de notifications de cas Ebola causés par les conflits sur profil de la courbe de l’incidence de nouveaux cas Ebola lors de la dixième épidémie survenue en RDC.
--	---

II.5 Méthodes et sources de données pour le volet de la recherche empirique

Dans son volet de recherche empirique, nous avons effectué les entretiens semi directifs auprès de quelques informateurs clés parmi les acteurs ayant participé aux ripostes à l'Est de la RDC y compris les leaders communautaires.

Les critères de choix d'informateurs

Pour participer à l'entretien semi directif en qualité d'informateurs clés dans cette étude

1. L'informateur devrait faire preuve de la maîtrise du contexte local
2. Il devrait avoir été impliqué dans l'une de situations de crise concernées dans cette étude soit comme agent de riposte, soit comme leader communautaire
3. L'informateur devrait être à mesure de relater les faits en rétrospective
4. L'informateur devrait exprimer la volonté de vouloir participer à l'entretien
5. L'informateur devrait avoir occupé une position qui lui permet de fournir les information sûres autours de la problématique.

Les critères de non-inclusion

Sont exclus comme participant en qualité d'informateurs clés

1. Tout celui ne répondant pas à la totalité de critères d'inclusion
2. Tout celui ayant été impliqué particulièrement dans les actes d'hostilités soit comme victime soit comme agresseur.

Outils de collecte de données

Les entretiens semi directifs dans le cadre de cette étude s'est effectué en ligne par le téléphone utilisant l'application de messagerie WhatsApp. Le choix porté sur cet outil est sa facilité d'utilisation et surtout le fait qu'il soit populaire et utilisé par n'importe quelle personne de n'importe quelle catégorie sociale. Les leaders communautaires à Butembo au Nord Kivu par exemple n'ont aucune connaissance des applications de vidéo conférences comme zoom, teams, meet etc...

Traitement et analyse

Les enregistrements issus des entretiens ont été transcrits par l'outils de transcription TurboScribe. Les corpus obtenus ont été analysés sur le plan vertical et horizontal en utilisant par l'outils Excel suivant l'approche d'analyse thématique (hypothético déductive) en se servant de codification de couleur pour regrouper les verbatims dans différents thématiques.

Limite de l'étude pour le volet empirique

La grande lacune dans cette étude pour ce qui est du volet empirique c'est l'incapacité d'organiser les entretiens par focus groupes au sein des communautés concernées. La compréhension de phénomènes sociaux dans une communauté passe entre autres par des études exploitant les entretiens par focus groupes qui regrouperait différentes personnes représentant différentes catégories et couches sociales.

Les entretiens avec les informateurs clés que nous avons organisé en ligne étaient sûrement entachés de quelques rares difficultés notamment les désagréments techniques qui ont limité la possibilité d'attendre plus d'informateurs préalablement identifiés et contactés, la difficulté d'identifier et contacter plus d'informateurs, la difficulté de s'assurer que les informateurs ont la totale confiance à exprimer tout ce dont ils disposent comme informations utiles.

Nous n'avons pas réussi à intégrer dans ce volet les informateurs clés pour la crise de l'Afrique de l'Ouest, la raison étant l'impossibilité que nous avions à identifier ces informateurs vus que nous n'avons pris part à la riposte de cette épidémie contrairement à celle du Nord Kivu.

CHAPITRE III. RESULTATS ET COMMENTAIRES

III.1 Présentation et analyse d'articles sélectionnés pour le volet recherche documentaire

Premier article

Rachel Sweet, Noé Kasali (2024) ; « *Public health intervention amidst conflict: Violence, politics, and knowledge frames in the 2018-20 Ebola epidemic in Democratic Republic of the Congo* »

<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2024.116854> [23]

Lieu et objectif de l'étude : l'étude a été effectuée au Nord Kivu lors de la dixième épidémie qu'a connue la RDC. Elle visait à comprendre les interactions entre le conflit armé et l'intervention de santé publique en occurrence la riposte contre la MVE, par la suite dégager les potentielles causes de violences contre les acteurs de la riposte.

Nature de l'étude et méthodologie employée : il s'agit d'une étude qualitative ayant combiné les entretiens et des observations participantes. L'étude s'est déroulée à deux temps, dans un premier temps, les chercheurs ont d'abord recueillis les points de vue des civiles de conflit avant l'épidémie au travers des nombreux entretiens (226) de 2016 à 2017. Dans le second temps, les chercheurs ont collecté les réflexions des proches de personnes atteintes d'Ebola au travers des 56 discussions de groupes. Dans ces discussions ; les répondants avaient exprimé leurs points de vue sur l'intervention contre Ebola. L'observation participante a concerné les informations locales circulant sur les réseaux, les rapports des institutions etc...

Résultats de l'étude : l'étude relève premièrement que l'implication de militaire au sein des équipes d'intervention Ebola ont été à la base de la perception des équipe Ebola comme ennemis vu que les militaires n'inspiraient plus confiances (la région étant acquise à l'opposition). Deuxième, un fait paradoxal a attiré l'attention de chercheurs ; les préoccupations des résidents envers les autorités de la riposte n'ont jamais eu des échos favorables. Les chercheurs situent cet écart dans le cadre de connaissances accompagnant les interventions de santé publique opposant deux structures de connaissances considérant « les acteurs de santé publique seraient autonomes » versus les « communautés seraient des ignorants ».

Deuxième article.

Philippe Calain*, Marc Poncin (2015) ; « *Reaching out to Ebola victims: Coercion, persuasion or an appeal for self-sacrifice ?* »

<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2015.10.063> [24]

Lieu et objectif de l'étude : l'étude était menée en Afrique de l'Ouest (Guinée, Libéria et Serra Leone) lors de l'épidémie Ebola de 2014 à 2016. L'étude visait à mettre en lumière les violations de l'autonomie et droit de patient imposées par les mesures de riposte contre l'épidémie.

Nature de l'étude et méthodologie : l'article n'explique pas clairement l'approche méthodologique mais en lisant les détails, on peut se rendre compte qu'il s'agissait d'une étude documentaire ayant exploité plusieurs sources.

Résultats de l'étude : l'étude démontre le rôle ambigu des équipes de riposte qui selon les chercheurs ; les équipes de riposte contre Ebola violaient les droits humains car fondant leurs actions sur l'idée de la primauté des intérêts collectifs parlant de la santé publique au détriment du droit d'autonomie de patients. L'article note que ces violences étaient plus marquées pendant des opérations d'identifications des cas et leurs transports vers les centres d'isolements. Trois facteurs justifiaient ces pratiques selon l'article : a) la crainte permanente de contaminations b) état d'urgence et prescription de santé publique forcée c) l'hostilité des communautés.

Troisième article

S. Harris Ali, Jarrett Robert Rose (2022), « *The post-colonialist condition, suspicion, and social resistance during the West African Ebola epidemic: The importance of Frantz Fanon for global health* »

<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2022.115066> [25]

Lieu et objectif de l'étude : l'étude s'est effectuée dans le contexte de la MVE ayant frappé l'Afrique de l'Ouest principalement trois pays qui sont la Guinée, le Liberia et la Serra Leone. L'article visait à dégager, à la lumière de travaux de Frantz Fanon, une compréhension de relations conflictuelles entre les communautés touchées par Ebola et les responsables de la santé publique.

Nature de l'étude et méthodologie : Il s'agit d'une étude documentaire, les chercheurs se sont basés sur les travaux de Frantz Fanon, notamment « *Peau noire, masques blancs* » et différentes autres sources pour construire et dégager une compréhension sur les situations de conflit lors de l'Ebola de l'Afrique de l'Ouest.

Résultats de l'étude : l'étude met en lumière le fait que l'identité perçue par les personnes de communautés touchées par Ebola héritée de l'expérience post coloniale marquée par les déséquilibres du pouvoir, le sentiment d'infériorité a contribué à construire une méfiance contre les équipes de riposte Ebola. Les chercheurs appellent à une approche visant à décoloniser la gestion de la santé mondiale pour les futures épidémies.

Quatrième article

Alice Desclaux, Dioumel Badji, Albert Gautier Ndione , Khoudia Sow (2017), « *Accepted monitoring or endured quarantine? Ebola contacts' perceptions in Senegal* »

<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2017.02.009> [26]

Lieu et objectif de l'étude : l'étude était menée au Sénégal à la suite d'un cas importé d'Ebola ayant conduit au confinement de 74 cas. L'étude visait à analyser les perceptions et ressenties de personnes contacts autour du cas confirmé sur les opérations de suivis dont elles étaient assignées.

Nature de l'étude et méthodologie : il s'agit d'une étude qualitative qui a nécessités plusieurs entretiens approfondis avec toutes les parties prenantes.

Résultats de l'étude : les chercheurs ont pu mettre en évidence quatre perceptions de la part de contacts suivis. Ces perceptions sont les suivantes : mesures préventives de biosécurités, la suspension des activités professionnelles, la stigmatisation liée à Ebola et une obligation sociale.

Cinquième article

Samantha Vanderslott , Luisa Enria, Alex Bowmer , Abass Kamara, Shelley Lees c (2022), « *Attributing public ignorance in vaccination narratives* »

<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2022.115152> [27]

Lieu et objectif de l'étude : l'étude a pris en compte les éléments issus de trois pays : l'Inde, l'Ouganda et la Sierra Leone. L'étude avait pour but d'expliquer l'hésitation à la vaccination comme conséquence du rôle des institutions publiques considérant le public comme ignorant.

Nature de l'étude et méthodologie : l'étude est qualitative ayant combiné les recherches ethnographiques, les entretiens semi directifs et l'analyse des données de médias.

Résultats de l'étude : cette étude affirme que la perception et considérations par les responsables institutionnels de la santé sur le public comme ignorant en matière de vaccins empêche toute forme de débats et discussions sur les vrais déterminants complexes à la vaccination. Trois propositions sont faites pour les responsables de santé publique : a) étudier profondément la problématique de l'hésitation vaccinale b) effectuer les recherches formatives en sciences sociales avant, pendant et après les épidémies afin d'avoir un meilleur aperçu de vaccinés c) intégrer la participation totale du public dans tous les programmes de déploiement de vaccins.

Sixième article

Basilua Andre Muzembo , Ngangu Patrick Ntontolo, Nlandu Roger Ngatu, Januka Khatiwada, Tomoko Suzuki, Koji Wada et coll (2022) ; « *Misconceptions and Rumors about Ebola Virus Disease in Sub-Saharan Africa: A Systematic Review* »

<https://doi.org/10.3390/ijerph19084714> [28]

Lieu et objectif de l'étude : l'étude est l'analyse des études menées dans 8 pays de l'Afrique Subsaharienne qui sont : la RDC, le Guinée, le Ghana, le Liberia, le Nigéria, le Soudan, La Sierra Leone, et l'Ouganda, elle avait pour objectif de synthétiser les données probantes sur les connaissances, les fausses idées, les rumeurs, les croyances et les pratiques sur Ebola.

Nature de l'étude et méthodologie : il s'agit d'une étude documentaire ayant procédé à la revue systématique des articles ayant examiné les connaissances, attitudes et pratiques sur Ebola.

Résultats de l'étude : plusieurs fausses idées avaient été recensées dont : la transmission d'Ébola par l'air, les moustiques, les mouches, la malveillance de médecins étrangers ou la sorcellerie. Les pratiques funéraires dangereuses et les discriminations à l'égard des survivants Ebola étaient aussi mentionnées.

Septième article

Ben Oppenheim, Nicholai Lidow, Patrick Ayscue, Karen Saylor, Placide Mbala, Charles Kumakamba, Michael Kleinman (2019) ; « *Knowledge and beliefs about Ebola virus in a conflict-affected area: early evidence from the North Kivu outbreak* »

<https://doi.org/10.7189/jogh.09.020311> [29]

Lieu et objectif de l'étude : l'étude a été menée au Nord Kivu durant la dixième épidémie Ebola que la RDC a connu. Elle visait à recueillir les perceptions et le niveau de confiance qu'avaient les communautés touchées par Ebola envers les intervenants dans la riposte Ebola.

Nature de l'étude et approche méthodologique : il s'agit clairement d'une étude descriptive ayant utilisé une transversale par échantillonnage aléatoire simple ayant impliqué 658 participants par SMS. L'inconvénient majeur d'une telle méthode c'est le fait d'exclure une grande partie de personnes pauvres avec un niveau d'instruction faible.

Résultats de l'étude : Le résultats a démontré que 92% de répondant avaient confiance envers les intervenants dans la riposte mais aussi 85% se disaient prêts à prendre le vaccin. A noter que près de 3% de participants pensais qu'Ebola était transmis par les FARDC.

Huitième article

Tieman Diarra, Joseph Okeibunor, Amadou Bailo DIALLO, Nkechi Onyeneho, Barry Rodrigue, Michel N'da Konan Yao et coll (2023), « *Epidemic Response amidst Insecurity: Addressing the Ebola Virus Epidemic in the Provinces of North Kivu and Ituri* »

<https://doi.org/10.29245/2578-3009/2023/s3.1102> [30]

Lieu et objectif de l'étude : L'étude était menée dans les provinces du Nord-Kivu et Ituri en République Démocratique du Congo durant la dixième épidémie ayant frappé cette partie du pays. L'objectif de cette étude était d'évaluer l'impact de l'insécurité sur la gestion de l'épidémie.

Nature de l'étude et approche méthodologique : l'étude est mixte, qualitative et quantitative. A l'étude descriptive transversale ayant utilisé des questionnaires structurés s'étaient associés des entretiens avec les informateurs clés ainsi que des entretiens en focus groupes.

Résultats de l'étude : la gestion de la dixième épidémie a été émaillée de plusieurs formes d'insécurité allant des attaques physiques des agents de riposte et leurs matériels logistiques aux destructions des centres de traitement Ebola. A ces attaques s'étaient ajoutés l'incapacité pour les agents de la riposte d'avoir accès aux contacts Ebola dans les zones d'insécurité de manière récurrente, ceci avait contribué à prolonger l'épidémie de l'avis de nombreux participants. L'étude souligne par ailleurs que les rumeurs ont été à la base des attaques contre les humanitaires.

Neuvième article

Nkechi G. Onyeneho^{1*}, Ngozi Idemili Aronu¹, Ijeoma Igwe¹, Joseph Okeibunor², Tieman Diarra³, Bailo Diallo² et coll (2023), « *Two Obstacles in Response Efforts to the Ebola Epidemic in the Provinces of North Kivu and Ituri in the Democratic Republic of the Congo : Denial of and Rumors about the Disease* »

<https://doi.org/10.29245/2578-3009/2023/s3.1104> [31]

Lieu et objectif de l'étude : comme l'article précédent, l'étude a eu lieu au Nord-Kivu et Ituri dans le même contexte. L'étude avait pour objectif d'examiner le rôle de la déni et des rumeurs dans la gestion de la dixième épidémie Ebola en RDC.

Nature de l'étude et approche méthodologique : l'étude était qualitative et quantitative, elle a utilisé des questionnaires structurés, des entretiens avec les informateurs clés et les entretiens en focus groupes. Plusieurs catégories de personnes ont pris part dans cette étude notamment les responsables religieux, les responsables politiques, les leaders d'opinion, les membres de communautés etc...

Résultats de l'étude : l'étude a trouvé que le déni sur Ebola était presque général, plusieurs formes de rumeurs avaient accompagné ce déni rendant la gestion de la riposte plus compliquée.

Dixième article

John Daniel Kelly, Sarah Rae Wannier, Cyrus Sinai, Caitlin A. Moe, Nicole A. Hoff, Seth Blumberg, et coll (2020), « *The Impact of Different Types of Violence on Ebola Virus Transmission During the 2018–2020 Outbreak in the Democratic Republic of the Congo* »

<https://doi.org/10.1093/infdis/jiaa163> [32]

Lieu et objectif de l'étude : l'étude a été effectuée à l'Est de la RDC dans les régions touchées par la dixième épidémie Ebola. Elle visait à mesurer les effets de l'insécurité sur la transmission du virus Ebola dans ces régions touchées.

Nature de l'étude et approche méthodologique : l'étude était analytique prospective, l'approche visait à mettre en évidence le lien de causalités entre les violences ciblées et non ciblées comme variable explicative et le taux de reproduction quotidienne Ebola dans les zones atteintes par lesdites violences comme variable dépendante. Une cohorte dynamique avait donc été utilisée.

Résultats de l'étude : l'étude a montré que les violences, particulièrement celles ciblant Ebola entraînaient une augmentation du taux de transmission du virus Ebola dans les zones affectées. Parmi ces événements, l'activisme des milices (politiques) et les villes mortes ont le plus eu de l'impact.

Onzième article

Kasereka Masumbuko Claude, Jack Underschultz, Michael T. HawkesID (2019), « *Social resistance drives persistent transmission of Ebola virus disease in Eastern Democratic Republic of Congo : A mixed methods study* »

<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0223104> [33]

Lieu et objectif de l'étude : l'étude a été effectuée dans les régions de l'Est de la RDC frappées par la dixième épidémie Ebola, elle avait pour objectif l'exploration de la résistance sociale dans la gestion de l'épidémie.

Nature de l'étude et approche méthodologique : c'est une étude empirique mixte (qualitative et quantitative) ayant utilisé les entretiens par focus groupes et une enquête avec questionnaire structuré dans les régions autour de Butembo.

Résultats de l'étude : La résistance sociale était effectivement rependue dans toutes les régions où s'opéraient la lutte contre la maladie à virus Ebola selon les répondants à cette étude. La méfiance dans un contexte politique et historique tendu était associée à la résistance.

Douzième article

S. Rae Wanniera, Lee Wordena, Nicole A. Hoffc, Eduardo Amezcua, Bernice Selod, Cyrus Sinaie, et coll (2019), « *Estimating the impact of violent events on transmission in Ebola virus disease outbreak, Democratic Republic of the Congo, 2018–2019* »

<https://doi.org/10.1016/j.epidem.2019.100353> [34]

Lieu et objectif de l'étude : l'étude avait lieu dans les régions ayant été touchées par la dixième épidémie Ebola ayant sévit dans la région de l'Est de la RDC à partir de 2018. Elle visait à démontrer l'impact de violences sur la transmission de la maladie à virus Ebola.

Nature de l'étude et approche épidémiologique : nous trouvons après lecture de la méthodologie employée que c'est une étude quantitative. L'étude a été effectuée suivant une approche observationnelle descriptive transversale à visée analytiques.

Résultats de l'étude : les évènements de violences contribuaient à l'accroissement du taux de transmission du virus Ebola. L'associations entre variables était statistiquement significative.

Treizième article

Chad R. Wellsa, Abhishek Pandeya, Martial L. Ndeffo Mbahb, Bernard-A. Gaüzèrec, Denis Malvyc, Burton H. Singerf (2019) ; « *The exacerbation of Ebola outbreaks by conflict in the Democratic Republic of the Congo* »

<https://doi.org/10.1073/pnas.1913980116> [35]

Lieu et objectif de l'étude : l'étude a été effectuée dans les régions de l'Est de la RDC touchées par l'épidémie Ebola. Elle avait pour but de comprendre les effets multidimensionnels de violences sur la transmission de virus Ebola lors de la gestion du crise sanitaire Ebola 2018-2020.

Nature de l'étude et l'approche méthodologique : de notre point de vue, il s'agit d'une étude de cas (étude qualitative) ayant utilisé une double approche dont le recueil chronologique descriptif de l'incidence de la maladie et de conflits d'une part et l'évaluation ethnographique des conditions locales ayant précédé ces incidences d'autre part.

Résultats de l'étude : la promptitude dans le processus de l'isolement ainsi que l'efficacité des activités de vaccination fluctuaient en fonction des troubles sociaux. Les troubles gênaient les processus d'identification de contacts et leurs isolement éventuel autant qu'ils amenuisaient l'efficacité de la vaccination.

Quatorzième article

Moritz U. G. Kraemer, David M. Pigott, Sarah C. Hill1, Samantha Vanderslott, Robert C. Reiner Jr, Stephanie Stasse, et coll (2020) ; *Dynamics of conflict during the Ebola outbreak in the Democratic Republic of the Congo 2018–2019*

<https://doi.org/10.1186/s12916-020-01574-1> [36]

Lieu et objectif de l'étude : l'étude avait lieu au Nord Kivu et Ituri dans l'Est de la RDC. Elle visait à caractériser et quantifier la dynamique des conflits au cours de l'épidémie et leurs corrélations spatiales.

Nature de l'étude et l'approche méthodologique : Nous notons que ce fut une étude quantitative. Elle s'est servit de l'approche épidémiologique observationnelle descriptive transversale à visé analytique.

Résultats : l'étude a démontré que dans les provinces du Nord-Kivu et Ituri, il existait une association entre la transmission du virus Ebola et les conflits telle qu'il existait plus de conflit dans les zones affectées par le virus.

Quinzième article

A. Tariqa, K. Roosaa, K. Mizumotoa, G. Chowella (2019), « *Assessing reporting delays and the effective reproduction number: The Ebola epidemic in DRC, May 2018-January 2019* »

<https://doi.org/10.1016/j.epidem.2019.01.003> [37]

Lieu et objectif de l'étude : l'étude a été effectuée en RDC précisément au Nord Kivu et Ituri frappés par la dixième épidémie Ebola qu'a connu la RDC. Elle visait à évaluer l'impacte que les retards de notifications ont eu sur le profil de l'épidémie eu égards aux incidences

Nature de l'étude et approche méthodologique : Nous notons que c'est une étude quantitative transversale analytique. Sur base de documents de rapports de l'OMS et autres documents de rapports de situation liés à l'épidémie, une analyse rigoureuse avait été effectuée.

Résultats : les résultats montrent que la tendance de la courbe d'incidence de l'épidémie sur la période de juillet 2018 à janvier 2019 présentait deux vagues dont la première allant du 30 juillet au 13 août 2018 et la seconde à partir du 24 septembre. La tendance de la reproduction Ebola a vers la fin de cette période considérée par l'étude avait montré un faible taux de reproduction donnant l'impression d'un certain contrôle de l'épidémie. L'étude relève que les situations de conflits et les entraves aux activités de surveillance auraient brouiller la capacité à décrire une courbe d'incidence beaucoup plus réaliste.

III.2 Présentation et analyse de résultats des entretiens avec les informateurs clés pour le volet de la recherche empirique

Après la recherche documentaire, nous avons mené 7 interviews avec les personnes que nous avons estimées être des informateurs clés sur la problématique de violences contre les agents de riposte Ebola. L'idée et la volonté étaient d'interroger les informateurs clés ayant été impliqués lors de la crise sanitaire Ebola de l'Afrique de l'Ouest 2013 à 2016 que ceux ayant été impliqués dans la crise de d'Ebola en RDC de 2018 à 2020 ; malheureusement nous n'avons aucun carnet d'adresse des acteurs ayant été impliqués dans la crise de l'Afrique de l'Ouest. Donc, les

répondants dans le cadre de cette étude n'ont été que ceux ayant pris part à la riposte contre la dixième épidémie à maladie à virus Ebola en RDC.

Parmi les répondants à nos interviews, nous comptons deux anciens acteurs engagés dans la communication des risque et engagement communautaire pour le compte des ONGs internationales, une ancienne responsable de suivis et évaluation d'une grande organisation internationale commise contre la riposte à l'époque, un ancien vice-président chargé des opérations dans la sous-commission du pilier prévention et contrôle des infections (PCI) de la zone de santé de Katwa (zone durement frappée par l'épidémie) et trois leaders communautaires dans la ville de Butembo.

Notre guide d'entretien reprenait 5 points qui visaient à

- ✓ Recueillir et comprendre les perceptions des informateurs clés sur les hostilités ayant émaillé la gestion d'une des plus grandes épidémies Ebola connue jusque-là en notamment celle de la RDC de 2018 à 2020.
- ✓ Identifier les facteurs causaux sous-jacents
- ✓ Apprécier les ressentis des informateurs clés sur les effets de ces hostilités sur la dynamique de ces épidémies
- ✓ Recueillir les recommandations stratégiques de ces informateurs clés

Les 5 points détaillés dans la suite ont permis de recueillir les points de vue de nos répondants durant les interviews en ligne organisés grâce à l'application WhatsApp qui duraient en moyenne 44 minutes. Le plus long a duré 56 minutes et le plus court 35 minutes.

Situation humanitaire en général autours de la période de la dixième épidémie Ebola dans les régions du Kivu/ RDC.

Au travers de ce point, nous avons voulu comprendre comment nos répondants décrivent la situation vécue sur terrain à l'époque sur le plan humanitaires. Nos répondant ont décrit une situation très préoccupante à l'époque, pour beaucoup ou presque tous, la situation humanitaire dans la région était marquée par une forte méfiance et confusion au sein de la population dans la région. Ceci est consécutif à des accumulations de décès dû à la nouvelle épidémie s'ajoutant aux morts des conflits armées interminables et aux défaillances de systèmes de santé. « *La situation humanitaire dans cette zone, qui est à proie des conflits armés depuis plus de trente ans, ce n'était pas facile. Parce que la perception de la population prenait cette épidémie comme une menace de plus* » nous a fait comprendre un de nos répondant.

Une interviewée a souligné par ailleurs que la pénurie de spécialistes en gestion de situation de santé publique dans la région aurait fait que le feu ne soit pas éteint au plus vite.

Certains répondant nous ont fait savoir qu'au début de l'épidémie, les communautés touchées par Ebola semblaient indifférentes vis-à-vis des acteurs commis pour la riposte. Le caractère

létal du virus Ebola aurait jeté le du poudre au feu faisant que ces communautés prennent complètement distance des humanitaires.

Manifestation et nature des hostilités

Nous avons voulu comprendre la nature des hostilités qui ont émaillé dans la relation humanitaires et communautés frappées par Ebola durant l'épidémie du Nord Kivu et Ituri de 2018. La compréhension de la nature d'hostilités ressortait de différents récits rapportés par nos interviewés. Durant cette épidémie, toutes sortes de violences ont été exprimées. Se servant de la classification de manifestations d'hostilités tel que rapportée depuis l'épidémie Ebola de l'Afrique de l'Ouest de 2014 par la note thématique l'organisation ACAPS (Assessment capacities project) [7], partant du moins grave au plus grave, nous avons compris qu'à cette période il y avait :

- Refus de collaboration : plusieurs éléments de récits de nos répondants démontrent que les communautés refusaient de collaborer avec les agents de riposte. La méfiance qui caractérisait la situation de l'époque constituait en fait une barrière pour une bonne collaboration. « *Parfois, la communauté refusait et manipulait elle-même les corps. Malheureusement, ce qui s'en suivait, c'étaient des infections de la communauté avec Ebola* » nous disait un ancien agent commis pour la communication de risque et engagement communautaire.
- Entraves aux activités des acteurs de la riposte : plusieurs éléments rapportés ont démontré que les humanitaires étaient sensiblement gênés à prester. La création et propagation des rumeurs sur les intentions maléfiques des humanitaires par les communautés touchées visaient clairement à créer la psychose, décourager les activités de terrain par les humanitaires. Un leader communautaire s'exprimant a dit « *Donc, le problème était quoi ? Il y avait eu des résistances. On appelait ça résistance. Puisque la population ne voulait pas que ces gens arrivent dans leur quartier. Puisqu'en y arrivant, ça serait un problème. Soit il y a des malades qui vont venir et amener par force* ».
- Menaces à l'encontre des humanitaires : les agents de la riposte subissaient des menaces presque au quotidien par les bénéficiaires des activités qu'ils menaient dans le cadre de la lutte contre Ebola. Plusieurs de nos interviewés ont rapporté les éléments qui corroborent ces faits. Le fait que les gens de groupes de pression aient systématiquement à l'époque fait recours au messages distillés sur les réseaux sociaux pour dissuader les humanitaires à ne pas prester constituait des menaces permanentes qui ne tardaient pas à se transformer aux attaques physiques. Hormis ces messages partagés sur les

réseaux sociaux, les répondants ont également fait les récits de cas où les humanitaires subissaient des attaques verbales lors de descentes sur terrain pour investigations des cas signalés.

- Destructions de matériels commis à la riposte : presque tous nos répondant ont relevés dans leurs narratifs les situations de destruction des biens et matériels utilisés pendant la riposte de la dixième épidémie de la RDC, certains sont revenus sur les attaques de centre de traitement Ebola, « *et en étant présent, et surtout chargé d'engagement communautaire, j'ai retenu beaucoup de cas, je ne saurais pas tout énumérer, mais par exemple, je vais vous dire qu'il y a eu la destruction des centres de traitement ébola et les attaques de ces centres de traitement ébola à Butembo, à la zone de santé de Butembo comme à Katwa.* » disait un de nos interviewés. Hormis ces attaques contre les CTE, bien d'autres attaques avaient été rapportés dont la destruction des engins roulant utilisés par les humanitaires. « *Beaucoup de véhicules ont été caillassés dans certains endroits très hostiles, notamment Muchanga, Rwenda, ou même Gomba. En tout cas, il y avait des endroits où c'était très compliqué de réaliser des interventions. Je pense que pour moi, c'est ce qui m'avait beaucoup plus fait peur.* » disait un autre répondant.
- Agressions physiques : Plusieurs actes d'agressions physiques au cours de cette épidémie ont été mentionnés durant nos entretiens. Beaucoup d'humanitaire ont été touchés physiquement au point que le 28 juillet 2020, le médecin épidémiologiste camerounais Mouzoko travaillant pour l'OMS avait été abattu par un groupe de bandits armés alors qu'il était en train renforcer la capacité du personnel soignant au sein d'une structure sanitaire. Au-delà de ceci, beaucoup d'autres forme de violences physique comme les passages à tabacs, les séquestrations, l'imposition aux agents de riposte de consommer publiquement l'eau fortement chlorée nous ont été rapportés ; « *Alors les collègues, en arrivant, ils essayaient de sensibiliser la communauté pour leur dire que non. Le chlore, l'eau chlorée... Alors ils ont dit ok. Ils ont accepté que lui essaie de procéder au mélange. Il a fait le mélange...on leur a fait boire cette eau chlorée...* » disait un répondant.

Nous avons voulu comprendre les groupes sociaux les plus impliqués dans ces actes ignobles, les répondants n'ont pas été unanimes à ce point, certains ont désignés les groupes de jeunes dont les motocyclistes, les abatteurs dans les abattoirs, les jeunes dans des associations de pressions politiques etc... D'autres répondants ont estimé qu'il n'y avait pas un groupe particulier liés à ces actes, stipulant que ces hostilités émanaient de tous les groupes sociaux.

Pour ce qui est de groupes d'agents de riposte les plus ciblés, certains répondant nous ont fait savoir que les prestataires de soins au sein des centres de traitement Ebola et les agents commis pour la communication des risque et engagement communautaire étaient le plus ciblés. D'autres ont dit que tous les humanitaires étaient attaqués de manière indifférenciée.

Perceptions et causes des hostilités envers les humanitaires

Nous avons voulu comprendre au travers de cette sous thématiques les perceptions et causes des hostilités telles que les informateurs clés les décrivent. Plusieurs causes ont été avancées au cours de différents entretiens tenus.

L'exclusion des communautés dans la gestion de projets Ebola au début de l'épidémie : cette affirmation a été portée par une des personnes interviewées. « *D'abord, la première raison, c'est qu'il y avait une mauvaise perception de la réponse. C'est-à-dire, à l'égard de la communauté, au départ, je l'ai dit, il n'y avait pas eu cocréation de la réponse avec la communauté locale.* » déclarait-elle.

Perceptions erronées sur les agents de riposte et leurs activités de terrain : presque tous nos répondants ont révélé les faits qui témoignaient de très mauvaises perceptions de communautés sur les agents de riposte à l'époque. Pour les uns, les communautés percevaient les humanitaires comme un groupe d'étrangers avec des agendas obscurs visant leurs exterminations, certains n'ont pas hésiter de lier ces perceptions au contexte politique de l'époque où le pouvoir politique n'était plus porté par les populations de cette partie du pays. « *c'est-à-dire, pour la plupart, c'était quelque chose d'inventée au laboratoire, que c'est venu pour contrôler la population, que c'était venu pour exterminer les gens...* » nous disait l'expert en suivi et évaluation de projets. Pour d'autres, les communautés percevaient les humanitaires comme un groupe d'aventuriers venu pour s'amasser de l'argent pour une histoire inexistante.

Défaillance dans le système de communication sur l'épidémie : beaucoup de nos répondants ont souligné le fait que la communication au début de l'épidémie n'était pas de nature à briser les malentendus. Presque tous ont indiqué qu'au début de cette situation, les acteurs de communications de risque débarquait avec chacun son message, ceci ne faisait qu'enfoncer la méfiance et justifier les hostilités.

Létalité du virus Ebola : un de nos interviewés nous a révélé qu'au tout début de l'épidémie, les populations semblaient plus ou moins clémentes envers les agents de riposte mais l'accumulation de décès imputés à Ebola aurait enflammé la situation et provoqué la colère de la population. « *La population qui a au début intégré ou accepté les humanitaires pour les aider à travailler. Mais avec l'évolution de l'épidémie, avec le nombre de morts qui s'accumulaient,*

la population a commencé à émettre des doutes et cela a rendu la tâche extrêmement complexe » disait-il.

La jalousie économique : beaucoup par nos interviewés ont évoqué les sentiments de jalousie de certains membres de communautés dont les commerçants comme un facteurs ayant été à la base de conflits. Pour eux, la participation à la riposte rémunérait largement au-dessus des rémunérations locales, ceci a causé de la jalousie de la part de commerçants qui perdaient de plus en plus leurs ouvriers. Un leader communautaire interviewé a fait entendre les prestataires de soins du ministère de la santé de la RDC, en particulier ceux prestant dans les structures de soins de santé primaire colportaient contre les agents de riposte auprès de communautés par le fait qu'ils ne se sentaient pas eux aussi inclus dans ce que certains membres de communautés percevaient comme business. *« En plus de cela, il y avait aussi des infirmiers, des médecins qui étaient aussi mécontents. Ils disaient mal aux ripostes. C'est pourquoi aussi la population, lorsqu'il y a des infirmiers, il y a des médecins qui ne sont pas d'accord, qui sont en train de contredire ce que sont en train de faire les humanitaires. Cela a poussé aussi à la communauté d'être plus méchante... »* disait ce leader communautaire.

Réactions stratégiques des équipes de gestion de la riposte

Les multiples incidents connus pendant la crise de la dixième épidémie Ebola en RDC n'avaient pas laisser indifférents les responsables de la riposte. Ils ont dû faire évoluer leurs approches sur terrain au fil du temps durant cette épidémie.

L'approche qui avait le plus retenue l'attention de tous nos répondants était la coordination des actions sur terrain couplée à la forte implication des communautés locales dans la gestion de cette épidémie. En clair, les équipes qui se déployaient sur terrain devaient se concerter entre eux et les leaders de communautés afin d'assurer le déploiement en une seule équipe qui regroupait tous les acteurs de différents piliers de la riposte (surveillance, préventions et contrôle des infections, communication de risque et engagement communautaires etc...), ceci avait comme avantages d'éviter les contradictions ou duplicités de messages qui semaient de la confusion au sein des communautés. *« La stratégie mise en place était une stratégie intégrée où il fallait coupler les actions. Vous faites en même temps la communication, la surveillance et l'engagement communautaire. Dans cet engagement communautaire, il fallait directement impliquer les leaders locaux, les chefs des localités, les pasteurs et consorts. »* nous disait un ancien responsable dans la riposte.

Certains répondants ont évoqué le rôle qu'a joué le renforcement des mécanismes de feedback communautaires. *« Et puis, ils ont renforcé aussi les mécanismes, les feedbacks pour récupérer*

les informations de la population et donner une tournure. » nous a confié un ancien agent commis pour l'engagement communautaire.

Presque tous nos répondants ont jugé positif les changements d'approches stratégique de l'époque estimant qu'ils ont porté des fruits escomptés.

Recommandations faites par nos informateurs clés

Plusieurs recommandations été faites par nos interviewés, sans être exhaustif, nous les formulons de la manière suivante :

- Adaptation de la communication de risques et engagements communautaire aux réalités locales en adéquation avec les us et coutumes des communautés concernées.
- Tenir compte de l'utilisation de ressources locales tout en impliquant pleinement les animateurs des systèmes de santé locaux y compris les communautés frappées par le fléau dans les projets d'aides humanitaires.
- Tenir compte de réalités socio-économiques pendant les déploiements de ressources pour la riposte.
- Trouver de l'équilibre entre la coercition imposée par les mesures de lutte contre Ebola et le respect de normes culturelles.

Personne parmi nos interviewés n'était à mesure de nous assurer si les humanitaires ayant pris part à la lutte contre Ebola ont pris conscience de faille dans la gestion de cette épidémie au tt début de la crise.

CHAPITRE IV. DISCUSSIONS ET ANALYSES

La recherche des articles publiés autour de notre problématique nous a permis de mettre la main sur sept articles [23–29] qui abordent les facteurs susceptibles de créer de la méfiance voire violences lors de ripostes de deux épidémies ciblées dans cette étude. Cinq de ces articles concernent l'épidémie de l'Afrique de l'Ouest et seulement deux concernent la dixième épidémie de la RDC. Huit autres articles retenus [30–37] traitent à la fois de facteurs liés à ces hostilités mais plus de leurs impacts sur la gestion de la dixième épidémie de la RDC.

La lecture de résultats de ces différentes études ayant exploité diverses méthodes montre très clairement la complexité de facteurs à la base de violences contre les humanitaires lors de gestion de crises Ebola. L'expérience de l'épidémie de l'Afrique de l'Ouest nous livre à travers des études menées quelques facteurs qu'il faut prendre en compte. Parmi ces facteurs se trouvent : les violations de droits de l'homme par des acteurs de riposte, les sentiments d'infériorité associée à la méfiance hérités de la colonisation de la part de populations africaines, la considération du public comme ignorant de la part de gestionnaires de santé et les perceptions erronées sur Ebola (stigmatisations, malédiction, malveillance de médecin étranger) sont les facteurs importants que nous avons noté de la crise de l'Afrique de l'Ouest [24–28].

La lecture des articles d'étude menés sur les violences lors de la dixième épidémie Ebola semble très riche en informations car plusieurs facteurs sont évoqués. Parmi ces facteurs on peut citer l'implication de militaires dans la riposte, les perceptions erronées sur Ebola, la considération des acteurs de santé publique autonomes versus le public ignorant, déni et rumeurs émanant de communautés, l'activisme politique, méfiance communautaire, tension politique contextuelle.

Le deuxième aspect de notre recherche documentaire consistait comprendre si les violences contre les humanitaires ont eu un impact sur l'épidémie. Les articles collectés concernent tous l'expérience de la situation de la dixième épidémie de la RDC et attestent très clairement que les violences ont eu un impact négatif sur l'épidémie. Dans ces articles, ces violences ont influé sur l'accroissement du taux de transmission de virus [32,34], la prolongation de l'épidémie [30,33], la réduction de l'efficacité des activités de vaccination, identification et isolement de cas [35] et la brouille dans la lecture de la courbe d'incidence [37]. Notre recherche empirique nous a dressé une situation bien plus complexe telle que reprise au point II du chapitre précédent. De ce tableau complexe ; nous tentons de résumer au travers du schéma ci-après notre compréhension de la situation

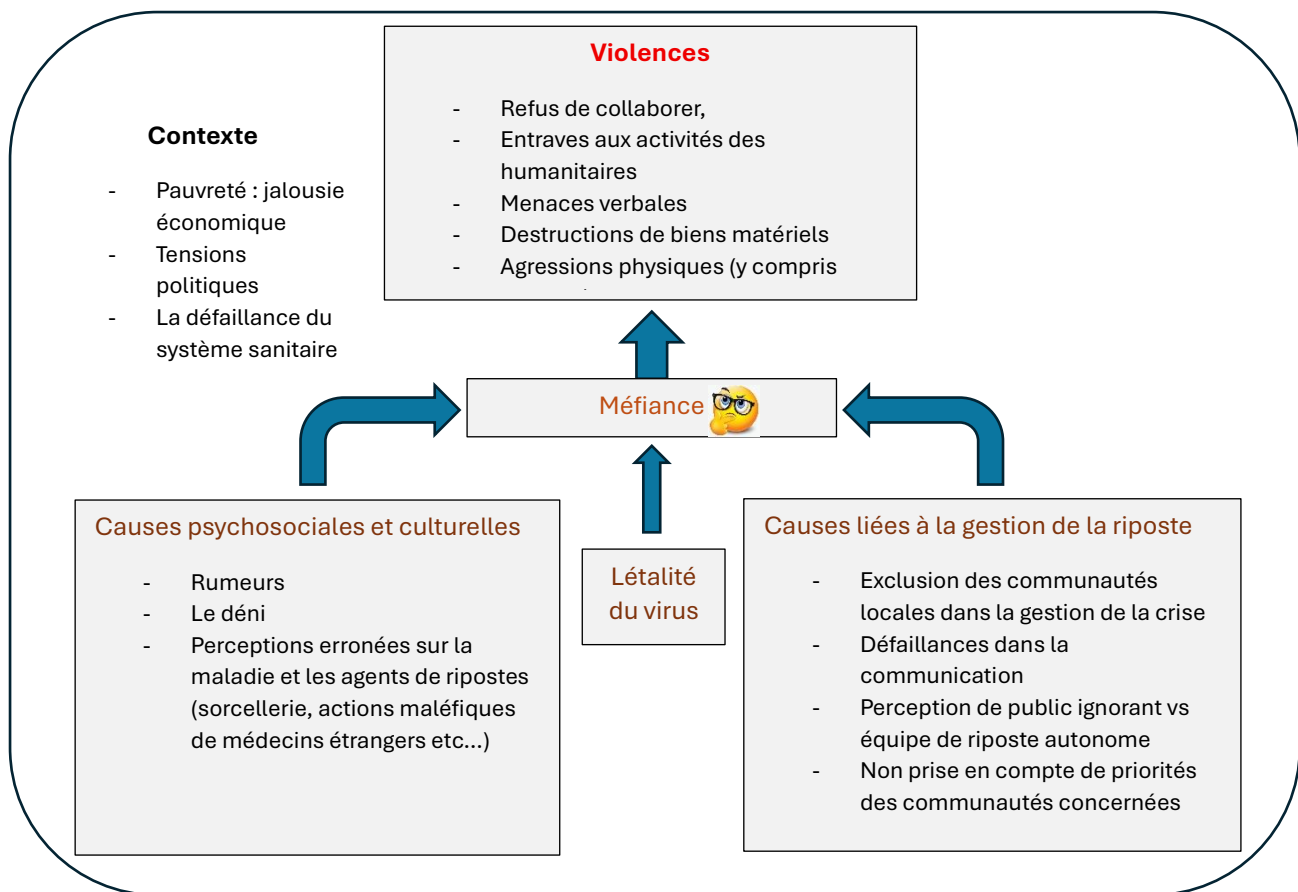


Figure illustrant notre compréhension sur les facteurs à la base des hostilités contre les humanitaires lors de la gestion de crise sanitaire Ebola.

Les violences contre les prestataires de soins n'est pas qu'une réalité vécue par dans le contexte Ebola, Yu Xiao et coll ont étudié le phénomène de violence contre les professionnels de santé dans le contexte de covid19. L'étude a révélé que les violences contre les personnels de soins avait sensiblement augmenté durant la période de crise covid19 les rendant sensibles à développer des problèmes de la santé mentale graves, ils plaident donc à la prises de mesures qui s'imposent pour éviter pareilles situations dans l'avenir [38]. Vu que covid19 avait une portée mondiale, il a bénéficié de beaucoup d'attention, nous pensons que la maladie à virus Ebola devrait aussi bénéficier d'attention soutenue vu sa récurrence en Afrique et surtout sa virulence.

De son côté, Farzana a démontré la montée de la haine, violence et harcèlement des Américains contre les autres américains ayant des origines asiatiques durant la crise sanitaire Ebola. L'auteur affirme que ces comportements seraient dû au croyances de complots et la recherche par les populations concernées de boucs émissaires [39]. Ceci atteste que le problème de violences s'invite bien dans les situations de crise sanitaire de santé publique peu importe les cultures et les milieux et les cultures et qu'il est vraiment important de bien prendre en compte tous les facteurs susceptibles de plonger ces situations de crise en chaos total.

Conclusion et recommandation

Les causes des hostilités contre les humanitaires engagés dans la lutte contre Ebola sont multifactoriels agissant très vraisemblablement en synergie dans la genèse de violences ayant pour conséquence l'anéantissement des efforts visant à mettre fin à ces crises sanitaires. Ces facteurs que nous avons regroupé en facteurs psychosociaux, facteurs liés aux faiblesses de la gestion de riposte, la virulence du virus Ebola tous évoluant dans des contextes jusque-là africains marqués par la pauvreté et les tensions politiques sont des éléments à bien prendre en compte pour des situations à venir. Selon notre lecture eu égard au nombreux documents exploités dans le cadre de ce travail, tous les facteurs sus évoqués génèrent des conflits en provoquant de la méfiance au sein de communautés frappées par Ebola et ensuite ladite méfiance créer les violences parfois mortelles.

Nous pensons que les maitrises de ces facteurs de manière anticipative peuvent aider non seulement à prévenir les violences contre les humanitaires mais aussi à écourter la durée de ces épidémie mortelle qui nécessite les déploiements des ressources colossales pour y mettre fin. Pour y arriver, sur base de ce qu'est ressorti de notre recherche, nous proposons les recommandations ci-après :

- ✓ La participation communautaire dans la conceptions et lancement de mise en œuvre de projet de lutte contre Ebola ou tout autre fléau de cette nature.
- ✓ Adaptation de la communication de risque aux réalités locales ; éviter les modèles standardiser dans ce domaine
- ✓ Prise en compte des valeurs et pratiques culturelles dans l'élaboration de mesures de lutte contre Ebola
- ✓ Pousser loin les recherches pour améliorer les moyens technologiques afin de réduire la virulence Ebola et assouplir les mesures coercitives imposées pour lutter contre Ebola.
- ✓ Prendre en compte les intérêts économiques lors de la gestion de ces épidémies.
- ✓ La santé étant l'état de complet bien être, il faudrait aussi associer à la lutte contre Ebola les programmes ambitieux visant résoudre d'autres problèmes jugés urgents par les communautés frappées par Ebola.

Il est vrai que le sujets autours des hostilités ou violences contres les humanitaires ont été abordés par bon nombre de chercheurs dont quelques ont été mentionnés dans cette étude, nous pensons que notre étude a permis de percevoir d'un autre angle la problématique. Nous avons essayé de regrouper selon notre compréhension ces différents facteurs chacun dans la catégorie de ce qui le concerne. Nous avons fait ressortir la létalité du virus Ebola comme une des causes non négligeables qui ne semble pas avoir été vraiment perçu comme telle dans différents résultats de recherches consultés.

Les résultats de ce travail peuvent être utiles pour les humanitaires travaillant dans ce contexte y compris les managers de projets qui trouveront les suggestions capables de les aider à améliorer leurs approches sur terrain et se montrer efficaces dans leurs projets.

Références

1. L'Afrique, berceau des épidémies ? [Internet]. [cité 2025 févr 14];Available from: <https://perso.helmo.be/jamin/euxaussi/sante/afrique.html>
2. livre-epillytrop2022.pdf [Internet]. [cité 2025 avr 16];Available from: <https://www.infectiologie.com/UserFiles/File/formation/epilly-trop/livre-epillytrop2022.pdf>
3. Virus Ebola [Internet]. In: Wikipédia. 2025 [cité 2025 avr 16]. Available from: https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Virus_Ebola&oldid=224806285
4. Reglement sanitaires international.
5. Evans DK, Goldstein M, Popova A. Health-care worker mortality and the legacy of the Ebola epidemic. *The Lancet Global Health* 2015;3:e439-40.
6. La 10e réponse à Ebola en Republique Democratique du Congo.
7. violence en Guiné contre les Prestataire Ebola 2014.
8. SRP4.
9. Mwamba DK, Zarowsky C, Manianga CD, Kapanga S, Moullec G. Engagement communautaire et prise en compte de la détresse psychologique, de la peur et de la stigmatisation dans la surveillance et la gestion des épidémies de la maladie à virus Ebola dans l'approche « Une seule santé » en République démocratique du Congo. *Glob Health Promot* 2024;17579759241277117.
10. The T, Save S. Standards Minimums pour la Protection de l'Enfance dans l'Action Humanitaire [Internet]. PRACTICAL ACTION PUBLISHING; 2020 [cité 2025 avr 16]. Available from: <https://practicalactionpublishing.com/book/2519/standards-minimums-pour-la-protection-de-lenfance-dans-laction-humanitaire>
11. Les principes humanitaires - Commission européenne [Internet]. [cité 2025 avr 17];Available from: https://civil-protection-humanitarian-aid.ec.europa.eu/who/humanitarian-principles_fr
12. Urgences de santé publique | Mass.gov [Internet]. [cité 2025 avr 17];Available from: <https://www.mass.gov/info-details/public-health-emergencies>
13. Endémie, épidémie [Internet]. Géoconfluences2024 [cité 2025 avr 17];Available from: <https://geoconfluences.ens-lyon.fr/glossaire/endemie-epidemie>
14. WHO EMRO | Flambées épidémiques | Thèmes de santé [Internet]. World Health Organization - Regional Office for the Eastern Mediterranean [cité 2025 avr 17];Available from: <http://www.emro.who.int/fr/health-topics/disease-outbreaks/index.html>
15. 9789240103023-fre.pdf [Internet]. [cité 2025 avr 17];Available from: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/380052/9789240103023-fre.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

16. WHO_HSE_PED_CED_2014.05_fre.pdf [Internet]. [cité 2025 avr 17];Available from: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/130161/WHO_HSE_PED_CED_2014.05_fre.pdf?sequence=1&isAllowed=y
17. WHO EMRO | Violence | Violence, traumatismes et incapacités [Internet]. World Health Organization - Regional Office for the Eastern Mediterranean [cité 2025 avr 19];Available from: <http://www.emro.who.int/fr/violence-injuries-disabilities/violence/>
18. Méfiance et vigilance : Comprendre les différences [Internet]. Pelta [cité 2025 avr 22];Available from: <https://peltadefense.com/fr/a/partie-1-mefiance-et-vigilance-comprendre-les-differences-pour-une-securite-personnelle-augmentee>
19. Schehr S. L'expérience ordinaire de la méfiance. Tracés. Revue de Sciences humaines 2016;151-67.
20. guide_fr.pdf [Internet]. [cité 2025 avr 25];Available from: https://centredecrise.be/sites/default/files/documents/files/2021-03/guide_fr.pdf
21. What is Anthropology? [Internet]. The American Anthropological Association [cité 2025 avr 26];Available from: <https://americananthro.org/learn-teach/what-is-anthropology/>
22. Hudelson P. Que peut apporter l'anthropologie médicale à la pratique de la médecine ? Revue Médicale Suisse 2002;2:1775-80.
23. Sweet R, Kasali N. Public health intervention amidst conflict: Violence, politics, and knowledge frames in the 2018-20 Ebola epidemic in Democratic Republic of the Congo. Social Science & Medicine 2024;350:116854.
24. Calain P, Poncin M. Reaching out to Ebola victims: Coercion, persuasion or an appeal for self-sacrifice? Social Science & Medicine 2015;147:126-33.
25. Ali SH, Rose JR. The post-colonialist condition, suspicion, and social resistance during the West African Ebola epidemic: The importance of Frantz Fanon for global health. Social Science & Medicine 2022;305:115066.
26. Desclaux A, Badji D, Ndione AG, Sow K. Accepted monitoring or endured quarantine? Ebola contacts' perceptions in Senegal. Social Science & Medicine 2017;178:38-45.
27. Vanderslott S, Enria L, Bowmer A, Kamara A, Lees S. Attributing public ignorance in vaccination narratives. Social Science & Medicine 2022;307:115152.
28. Muzembo BA, Ntontolo NP, Ngatu NR, Khatiwada J, Suzuki T, Wada K, et al. Misconceptions and Rumors about Ebola Virus Disease in Sub-Saharan Africa: A Systematic Review. Int J Environ Res Public Health 2022;19:4714.
29. Oppenheim B, Lidow N, Ayscue P, Saylor K, Mbala P, Kumakamba C, et al. Knowledge and beliefs about Ebola virus in a conflict-affected area: early evidence from the North Kivu outbreak. J Glob Health 2019;9:020311.
30. Diarra T, Okeibunor J, Diallo B, Onyeneho N, Rodrigue B, N'da Konan Yao M, et al. Epidemic Response amidst Insecurity: Addressing the Ebola Virus Epidemic in the Provinces of North Kivu and Ituri. J Immunol Sci 2023;Suppl 3:1-10.

31. Onyeneho NG, Aronu NI, Igwe I, Okeibunor J, Diarra T, Diallo B, et al. Two Obstacles in Response Efforts to the Ebola Epidemic in the Provinces of North Kivu and Ituri in the Democratic Republic of the Congo: Denial of and Rumors about the Disease. *J Immunol Sci* 2023;Suppl 3:44-57.
32. Kelly JD, Wannier SR, Sinai C, Moe CA, Hoff NA, Blumberg S, et al. The Impact of Different Types of Violence on Ebola Virus Transmission During the 2018-2020 Outbreak in the Democratic Republic of the Congo. *J Infect Dis* 2020;222:2021-9.
33. Masumbuko Claude K, Unterschultz J, Hawkes MT. Social resistance drives persistent transmission of Ebola virus disease in Eastern Democratic Republic of Congo: A mixed-methods study. *PLoS One* 2019;14:e0223104.
34. Wannier SR, Worden L, Hoff NA, Amezcua E, Selo B, Sinai C, et al. Estimating the impact of violent events on transmission in Ebola virus disease outbreak, Democratic Republic of the Congo, 2018-2019. *Epidemics* 2019;28:100353.
35. Wells CR, Pandey A, Ndeffo Mbah ML, Gaüzère BA, Malvy D, Singer BH, et al. The exacerbation of Ebola outbreaks by conflict in the Democratic Republic of the Congo. *Proc Natl Acad Sci U S A* 2019;116:24366-72.
36. Kraemer MUG, Pigott DM, Hill SC, Vanderslott S, Reiner RC, Stasse S, et al. Dynamics of conflict during the Ebola outbreak in the Democratic Republic of the Congo 2018-2019. *BMC Med* 2020;18:113.
37. Tariq A, Roosa K, Mizumoto K, Chowell G. Assessing reporting delays and the effective reproduction number: The Ebola epidemic in DRC, May 2018-January 2019. *Epidemics* 2019;26:128-33.
38. Xiao Y, Du N, Chen T ting, Cheng H fei. High time to stop workplace violence against health professionals in the context of COVID-19. *Fam Pract* 2024;41:393-4.
39. Kapadia F. Violence and the COVID-19 Pandemic: A Public Health of Consequence, May 2022 [Internet]. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2022.3067532022> [cité 2025 août 10]; Available from: <https://ajph.aphapublications.org/doi/10.2105/AJPH.2022.306753>

Guide d'entretien avec informateurs clés - Hostilités des bénéficiaires envers les humanitaires dans une crise Ebola

Objectif de l'entretien :

- ✓ Recueillir et comprendre les perceptions des informateurs clés sur les hostilités ayant émaillé la gestion d'une des plus grandes épidémies Ebola connue jusque-là en notamment celle de la RDC de 2018 à 2020.
- ✓ Identifier les facteurs causaux sous-jacents
- ✓ Apprécier les ressentis des informateurs clés sur les effets de ces hostilités sur la dynamique de ces épidémies
- ✓ Recueillir les recommandations stratégiques de ces informateurs clés

Introduction générale (04 minutes)

- Présentation du chercheur
- Cadre éthique : garanti de la confidentialité, anonymat, et droit du retrait de l'entretien.
- Annonce de l'enregistrement de l'entretien
- Demande de consentement
- Présentation de l'informateur
- Un mot de la part du répondant

Thématique 1. Contexte général sur la situation humanitaire durant l'épidémie Ebola. (06 minutes)

Chercheur : pouvez-vous très brièvement nous dépeindre la situation humanitaire lors de la crise Ebola dans les zones où vous avez joué un rôle ?

Répondant :

Chercheur : Quel a été votre rôle durant cette crise ?

Répondant :

Chercheur : pouvez vous nous décrire la relation entre les communautés touchées par Ebola et les acteurs impliqués dans la riposte au début de la crise ?

Répondant :

Thématique 2 : Manifestations et nature des hostilités (08 minutes)

Chercheur : Avez-vous vécu ou étiez-vous informé de cas d'hostilité contre les humanitaires ? Pouvez-vous brièvement nous décrire quelques ?

Répondant :

Chercheur : Quels types d'hostilités avez-vous assisté ou eu connaissance ? (Agression verbale, agression physique, propagations des rumeurs contre le travail des humanitaires, méfiance totale ou autres...) Pouvez-vous nous les décrire en détail svp ?

Répondant :

Chercheur : Qui étaient le plus souvent auteurs ces agressions en termes de groupe social ?

Répondant :

Chercheur : parmi les différents acteurs humanitaires impliqués, quel était le groupe le plus concerné par les agressions ?

Répondant :

Thématique 3 : Perceptions et causes de ces hostilités (08 minutes)

Chercheur : D'après ce que vous avez vécu ou appris, que seraient des raisons qui ont justifié ces actes d'hostilités contre les humanitaires ?

Répondant :

Chercheur (questions de relance) :

- ✓ Quel rôle auraient joué les facteurs que vous venez d'évoquer là ?
- ✓ Comment les communautés locales percevaient les humanitaires et leurs activités ?

Thématique 4 : Réactions stratégique mise place (07 minutes)

Chercheur : Quelle a été les réactions de responsables de la riposte ainsi que les organisations humanitaires impliquées ?

Répondant :

Chercheur : Quels ont été les faits pratiques dans les changements d'approches stratégiques.

Répondant :

Chercheur : comment avez-vous apprécié les changements d'approches stratégiques de la part des acteurs de la riposte ? ont-elles été positives ? Que pouvez-vous dire à propos ?

Répondant :

Thématiques 5 : Leçons apprises et recommandations (07 minutes)

Chercheur : Quels sont les principaux enseignements avez-vous tiré de cette situation ?

Répondant :

Chercheur : Quels sont les recommandations que vous pouvez adresser pour éviter ces scénarios dans des situations futures pareilles ?

Répondant :

Chercheur : Pensez-vous que vers la fin de l'épidémie les humanitaires avaient suffisamment compris et pris en compte les facteurs à la base de ce conflit ?

Conclusion (05 minutes)

Chercheur : il y a-t-il un aspect ou un point que vous souhaitiez qu'on aborde et qui n'a pas été évoqué ? Pouvez-vous en parler ?

Répondant :

Chercheur : Vouliez vous revenir sur un point que nous avons abordé ?

Répondant :

Chercheur : avez-vous un mot de la fin pour cet entretien ?

Répondant :

Remerciements du chercheurs