

UNIVERSITE DE LIEGE

ULiège



FACULTE DE DROIT, DE SCIENCE POLITIQUE ET DE CRIMINOLOGIE

Département de science politique

**LOGIQUES D' ACTIONS ET REACTIONS
LOCALES DANS LA LUTTE CONTRE LE
DIXIEME EPISODE D' EBOLA EN R.D. CONGO**

Thèse présentée et soutenue en vue de l'obtention du
grade de docteur en sciences politiques et sociales

par

Isaac MUHINDO KIVIKYAVO

PRÉSIDENT DU JURY :

Professeur Ordinaire Sébastien SANTANDER (ULiège)

MEMBRES

Professeur Bob KABAMBA (ULiège, Promoteur)

Professeur Pierre VERJANS (ULiège, Co-Promoteur)

Professeur Ordinaire Angélu MAFIKIRI (UCG)

Professeur Nathan CHARLIER (ULiège)

Professeure Elisabeth PAUL (ULB)

Défense publique : 13 mai 2024

Résumé

La présente thèse de doctorat analyse les déterminants des logiques d'actions et des réactions locales dans la lutte contre le dixième épisode de la Maladie à virus Ebola (MVE) en R.D. Congo. Cet épisode apparaît lorsque presque tous les nécessaires (vaccins, molécules de traitement, mobilisation financière nationale et internationale, expérience du plus long épisode de la MVE en Afrique de l'Ouest de 2013 à 2016) sont réunis pour l'étouffer dès ses débuts. Néanmoins cela n'a pas suffi ; il a fallu attendre presque deux ans (du 1^{er} août 2018 au 25 juin 2020) pour qu'elle soit déclarée finie. Mais alors, qu'est-ce qui a manqué ? Ainsi, la méconnaissance du milieu par les organisateurs de la riposte et la méconnaissance de la MVE par les communautés locales ont été les deux variables de notre hypothèse pour examiner la question. Les enquêtes pour constituer cette étude ont été menées auprès des rescapés de la MVE appelés « vainqueurs », du personnel soignant (direct ou indirect au sein de la riposte et des structures sanitaires) et des communautés locales. Les méthodes d'enquête (entretien, questionnaire, observation, boule de neige, récit de vie et ECRIS) et les approches (systémique et socio-anthropologique) ont été mobilisées pour avoir les données et étayer la thématique.

Deux moments caractéristiques de la lutte contre la MVE ont été identifiés, à savoir : pendant et après l'apparition de la MVE. Pendant la maladie, deux aspects sont pris en compte : les connaissances sur la maladie et la manière dont la riposte est organisée (gouvernance) pour lutter contre l'épisode. Le deuxième moment, à cheval sur le pendant et l'après la MVE, est celui de la résilience. Ainsi, l'exercice réalisé dans ce travail a été de modéliser au niveau de la population ces deux moments afin de déceler les aspects de l'inefficacité ou de l'efficacité dans la lutte contre le 10^{ème} épisode de la MVE. Il a été donc question d'identifier les déterminants permettant d'ajouter la dimension « population et son environnement » dans la lutte contre la MVE afin de proposer des éléments d'une politique globale à même de lutter contre les épidémies de type Ebola.

A travers cette étude, nous avons découvert que des logiques qui étaient auparavant contradictoires entre les organisateurs de la riposte, les dispensateurs des soins de santé et la population locale ont commencé à converger. Ce passage s'est manifesté par des pratiques conciliant la technicité médicale et l'intégration de la dimension socio-anthropologique dans la compréhension de la MVE, allant de l'unilatéralité dans l'action à la concertation, de la sécurisation classique à la sécurisation contextuelle ou situationnelle, et du « manger seul » au « manger ensemble » (partage concerté de la « manne »). Ceci n'a été possible que grâce au rôle, positif (coopération) et ou négatif (résistance), joué par la population locale.

Les approches intégrées des politiques publiques (intérêts, institutions et idées) et les théories de l'action collective se sont révélées opérantes à certains degrés dans la lutte contre le 10^{ème} épisode de la MVE. Toutefois, les intérêts ont été plus marquants que n'ont été les institutions et les idées ; ce qui colle bien avec la théorie de la *rent seeking* dans l'organisation de l'action collective. Certes, le message mobilisateur et officiel est la recherche de l'intérêt général. Dans les faits (intentions cachées), il s'agit pour chaque acteur de tirer des avantages individuels (argent, travail, prestige) quand bien même ceux-ci pourraient profiter indirectement à la société (théorie de la main invisible). Enfin, pour la gestion des épidémies, nous proposons de passer de la gestion internationalisée à la gestion « paroissialisée » des malades de la MVE et des interventions sur le terrain.

Mots clés

Dixième épisode de la Maladie à virus Ebola (MVE), logiques d'actions, réactions locales, méconnaissance, intérêts, appropriation et participation locale, communautés locales, résilience.

Abstract

This doctoral thesis analyzes the determinants of the logics of actions and the local reactions in the fight against the tenth Ebola Virus Disease (EVD) outbreak in the Democratic Republic of the Congo. Despite the availability of almost all necessary resources (vaccines, treatment molecules, national and international financial mobilization, experience from the longest episode of EVD in West Africa from 2013 to 2016), this episode persisted for almost two years (from August 1, 2018, to June 25, 2020). The study examines the lack of understanding of the local context by response organizers and the lack of knowledge about EVD among the local communities as two key variables. Surveys conducted among EVD survivors, healthcare workers, and local communities were used to gather data, employing various methods such as interviews, questionnaires, observations, snowball, life story, and “ECRIS”. Systemic and socio-anthropological approaches were also adopted to support the analysis.

Two distinct phases of the fight against EVD were identified: during and after its occurrence. During the disease outbreak, attention was paid to understanding the disease and how the response was organized (governance). The second phase, spanning the outbreak and post-outbreak periods, focuses on resilience. This study aimed to model these phases at the population level to identify aspects of inefficiency and or efficiency in combating the tenth episode of EVD. It sought to identify determinants for integrating the "population and its environment" dimension into EVD control efforts to propose elements for a comprehensive policy to combat Ebola-type epidemics.

The study revealed a convergence of previously contradictory approaches among response organizers, healthcare providers, and the local population. This shift was evidenced by practices that integrated medical technicality with socio-anthropological understanding of EVD, transitioning from unilateral action to consultation, from traditional security to contextual or situational security, and from “individual consumption” to “shared consumption” (concerted sharing of the “manna”). This convergence was facilitated by the role played by the local population, whether positive (cooperation) or negative (resistance).

Integrated public policy approaches (interests, institutions, and ideas) and theories of collective action proved to be effective to some extent in combating the tenth episode of EVD. However, interests were more influential than institutions and ideas, aligning with the theory of rent-seeking in collective action organization. While the official message emphasizes the pursuit of the public interest, hidden intentions often involve individual gains (money, employment, prestige), albeit potentially benefiting society indirectly (invisible hand theory). In end, concerning the management of epidemics, we suggest to shift from internationalized management to “parished” management of EVD patients and ground interventions.

Keywords

Tenth episode of Ebola Virus Disease (EVD), action logics, local reactions, lack of knowledge, interests, local ownership and participation, local communities, resilience.

Epigraphes

« La mort trop rapide et la mort trop lente ne sont pas rentables »¹.

Il y a un large fossé entre ce que proclame la loi morale et la pratique des hommes, nos sociétés de consommation postulant que le malade (ou le client) est consommateur et le médecin un producteur de soins. Or la mission de soigner confiée au médecin par la société, comme l'éducation, ne saurait être réduite à une activité commerciale banale ou, pire, à une transaction mercantile².

« L'information sanitaire est essentielle pour les systèmes de santé,... Lorsque l'information sanitaire existe, elle est trop peu utilisée pour la gestion des services de santé à l'échelon local et pour la planification des politiques nationales »³.

¹ André Grimaldi, *L'hôpital malade de la rentabilité* (Paris: Fayard, 2009).

² Abdoul Kane and Ousseynou Kane, *L'éthique, le soignant et la société* (Paris: l'Harmattan, 2016), p. 98.

³ Maryse Gaimard, *Population et santé dans les pays en développement*, Populations (Paris: l'Harmattan, 2011), p. 233.

Dédicace

Prestataires sanitaires

Survivants d'Ebola

Monde humanitaire

Mes parents, épouse et enfants.

Remerciements

La présente thèse de doctorat est l'aboutissement de plusieurs efforts. Sur ce, c'est un honneur pour nous de remercier ceux qui ont de près ou de loin donné de leurs intelligences, temps, conseils et gratifications pour son heureux aboutissement.

Nous remercions le Tout-puissant, Maître de temps et des circonstances, pour le souffle de vie et l'intelligence sans lesquels nous ne saurions réaliser le présent travail.

Qu'il plaise au Professeur Bob Kabamba, Promoteur de cette thèse de doctorat, et au Professeur émérite Pierre Verjans, Co-Promoteur, de recevoir nos vives gratitudee pour avoir bien voulu accepter de nous encadrer en dépit de leurs multiples occupations. Sans votre dévouement et accompagnement de tous ordres, nous aurions abandonné en mi-chemin.

Que le Professeur Ordinaire Sébastian Santander reçoive également nos remerciements pour avoir accepté de présider le jury choisi pour notre évaluation. Nous ne saurons pas oublier de remercier les Professeurs Elisabeth Paul et Nathan Charlier pour avoir accepté d'être parmi les membres de ce jury de thèse doctorale. Surtout, nous comptons pouvoir beaucoup apprendre d'eux en matière d'analyse et d'évaluation des politiques publiques qui est leur spécialité. A vous tous, nous disons grand merci pour avoir pris de votre précieux temps afin de participer à l'évaluation de ce travail.

Que le Recteur Magnifique de l'Université Catholique du Graben, le Professeur Ordinaire Mafikiri Tsongo Angélu, qui est aussi membre du Jury, soit également remercié pour nous avoir incité à faire notre thèse en Europe. C'est encore bien lui qui nous a mis en contact avec le Professeur Pierre Verjans, promoteur de la thèse à ses débuts. Les rappels réguliers du Recteur nous ont motivé à travailler dur afin d'atteindre le présent niveau d'études.

Que les agents de l'Université de Liège chargés de la gestion doctorale en sciences politiques et sociales trouvent, à travers ces lignes, l'expression de nos sincères remerciements pour nous avoir accompagné administrativement.

Nous ne manquerons pas de remercier l'Académie de recherche et d'enseignement supérieur – Commission de coopération au développement (ARES-CCD) qui a financé une partie de nos enquêtes sur le terrain et de notre séjour à l'Université de Liège dans le cadre de cette thèse. L'occasion faisant le larron, que les animateurs du Centre pour le Partenariat et la Coopération au Développement (PACODEL) de l'Université de Liège trouvent notre profonde reconnaissance pour avoir présélectionné notre dossier et géré harmonieusement cette bourse.

Que nos parents, Maman Anastasie Kavugho et Papa Ivan Sibilhondire, soient remerciés à travers ces lignes pour nous avoir élevé et scolarisé. Ils se sont privés de beaucoup pour faire de nous ce que nous sommes actuellement. Qu'ils soient abondamment bénis !

Que notre épouse, Jöelle Kavugho Sivenda, et nos filles et fils Olive Kasoki Bilhondire, Jeudi Muhindo Bilhondire, Salama Kavira Vilondire, Vainqueur Kambale Bilhondire et Miyisa Kasereka Kivikyavo, trouvent ici l'expression de notre gratitude à leur égard pour leurs encouragements et pour avoir accepté notre absence répétitive de la maison lors de nos voyages nationaux et internationaux.

Que nos sœurs et frères Grâce Masika Kivikyavo, Espérance Kavira Kivikyavo, Godefroid Kambale Kivikyavo, Moïse Kasereka Kivikyavo et Mubarak Kakule Kivikyavo reçoivent également l'expression de notre reconnaissance pour leur indéfectible soutien fraternel.

Que les collègues enseignants de l'Université Catholique du Graben Mbusa Kizito Gaucher, Olivier Kambere Kavulikirwa, Sorel Mbusa Wasukundi, Benjamin Kaghoma, Alain Nzanzu Tavulyandanda, Christian Lwanzo Mumbere et bien d'autres dont les noms ne viennent pas en tête lors de la présente rédaction, reçoivent nos compliments pour leurs multiples conseils techniques dans l'élaboration de la méthodologie, le traitement des données et la conception des cartes.

Que les amis Idefonse Paluku Bwakyanakazi, Reagan Muhindo Muhesi, Merveille Sivyatsomana Mukama, Samuel Mbuyiro et Roger Kando Byaruhanga reçoivent nos remerciements pour nous avoir hébergé à leur office et ou pour avoir participé à la collecte des informations relatives à ce travail. Que l'ami et camarade d'auditoire Thierry Katembo Mundenga et sa tendre épouse Kavugho Vihamba Jussy reçoivent également nos remerciements pour nous avoir accueilli et hébergé en leur domicile à Kinshasa lors de nos démarches pour obtenir le visa pour la Belgique.

Que toutes nos connaissances qui ont contribué directement ou indirectement pour avoir ce travail et dont nous préférons remercier dans l'anonymat, les héros dans l'ombre, trouvent ici l'expression de notre profonde gratitude.

Isaac Muhindo Kivikyavo.

Sigles et abréviations

ADF	: <i>Allied Democratic Forces</i> (Forces démocratiques alliées)
ADF/NALU	: Contraction de ADF et NALU
AFDL	: Alliance des forces démocratiques pour la libération du Congo
ALIMA	: <i>Alliance for International Medical Action</i>
ASRAMES	: Association régionale d’approvisionnement en médicaments essentiels
BBC	: <i>British Broadcasting Corporation</i>
BMC	: <i>BioMed Central</i>
BUREC	: Bloc Uni pour la Renaissance et l’Emergence du Congo
CAC	: Cellule d’animation communautaire
CASS	: Cellule d’analyse en sciences sociales
CAUB	: Consortium de l’agriculture urbaine de Butembo
CBCA	: Communauté Baptiste au Centre de l’Afrique
CBCE	: Communauté Baptiste au Congo Est
CDC	: Center for Disease Control (and Prevention)
CECA20	: Communauté Evangélique au Centre de l’Afrique 20
CEPROSSAN	: CEntre de PROMotion Socio-SANitaire
CH	: Centre Hospitalier
CICR	: Comité International de la Croix Rouge et du Croissant Rouge
COVID -19	: <i>Corona Virus Disease - 19</i>
CSR	: Centre de Santé de Référence
CT	: Centre de Transit
CTE	: Centre de Traitement Ebola
CVQ	: Comités de veille de quartier
CVV	: Comités villageois de veille
DPS	: Division Provinciale de la Santé
EDS	: Enterrement Digne et Sécurisé
EERA	: Eglise Evangélique du Rite Africain
EPI	: Equipement(s) de Protection Individuelle
<i>Et. al.</i>	: Et les autres
EUP/FASS	: Etablissement d’Utilité Publique / Fonds d’Achat des Services de Santé
FARDC	: Forces Armées de la République Démocratique du Congo
FBNBank	: <i>First Bank Of Nigeria</i>
GOARN	: <i>Global Outbreak Alert and Response Network</i> (Réseau Mondial d’alerte et d’action en cas d’épidémie)

HGR	: Hôpital Général de Référence
IMC	: <i>International Medical Corps</i>
IRC	: <i>International Rescue Committee</i>
ITAV	: Institut Technique Agricole et Vétérinaire
LUCHA	: Lutte pour le Changement
MONUSCO	: Mission d'Organisation des Nations Unies pour la Stabilisation en République Démocratique du Congo
MSF	: Médecins Sans Frontières
MVE	: Maladie à Virus Ebola
NALU	: <i>National Army for the Liberation of Uganda</i>
OCC	: Office Congolais de Contrôle
OCDE	: Organisation de coopération et de développement économiques
OCHA	: Bureau de la coordination des affaires humanitaires
OI	: Organisation internationale
OIG	: Organisation intergouvernementale
OIM	: Organisation Internationale des Migrations
OMS	: Organisation Mondiale de la Santé
OMSF	: Contraction de OMS et MSF
ONG	: Organisation Non gouvernementale
OST	: Organisation Scientifique du Travail
OXFAM	: <i>Oxford Committee for Famine Relief</i>
PCI	: Prévention et Contrôle des Infections
PDF	: Parlement Débout de Furu
PDSS	: Programme de Développement du Système de Santé
PNUD	: Programme des Nations Unies pour le Développement
PRODS	: Programme de renforcement de l'Offre et Développement de l'accès aux Soins de Santé en RDC
RCD/K-ML	: Rassemblement Congolais pour la Démocratie / Kisangani – Mouvement de Libération
RDC (R.D. Congo)	: République Démocratique du Congo
RECO	: Relais Communautaires
RSI	: Règlement Sanitaire International
RTNC	: Radio-Télévision Nationale Congolaise
TMB	: <i>Trust Merchant Bank</i>
UCG	: Université Catholique du Graben
UDPS	: Union pour la Démocratie et le Progrès Social

ULiège	: Université de Liège
UNC	: Union pour la Nation congolaise
UNFPA	: Fonds des Nations Unies pour la Population
UNICEF	: Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
USD	: United States Dollars
VIH/SIDA	: Virus Immunodéficience Humaine / Syndrome Immunodéficience Acquis
VM	: Véranda Mutsanga

Introduction générale

Cette étude traite des logiques d'actions et des réactions locales dans la lutte contre la dixième épidémie d'Ebola à l'Est de la République Démocratique du Congo (RDC). Nous en découvrons le contexte, l'état de la question et la problématique avant d'exposer les éléments méthodologiques.

1. Contexte du 10^{ème} épisode de la Maladie à virus Ebola en RDC

La Maladie à virus Ebola (MVE) a été déclarée par le Gouvernement national dans l'aire de santé de Mangina⁴ le 1^{er} août 2018⁵. Néanmoins, c'est depuis le 30 avril 2018⁶ que des cas probables de cette maladie avaient été signalés dans cette agglomération de la Province du Nord-Kivu. Huit porteurs ou cas probables⁷ de la MVE venaient de décéder sans qu'aucun rapport ne soit envoyé à la hiérarchie suite à la grève du personnel médical qui était en cours⁸. La propagation de la Maladie à virus Ebola a par la suite connu une expansion inquiétante. Elle s'était d'abord propagée en localité de Mandima dans la Province de l'Ituri. Par la suite, ce sont les villes de Beni et de Butembo (5 septembre 2018) ainsi que des villages et agglomérations des Territoires de Beni et de Lubero, dans le Nord-Kivu, qui ont connu une flambée de cas probables et confirmés de cette épidémie. Près d'un an après son éclatement, de nouvelles contaminations étaient apparues dans la partie sud de la Province du Nord-Kivu, dont Goma⁹, et dans la Province du Sud-Kivu¹⁰. Considérant le degré et la menace élevés de propagation aux niveaux national et sous-régional, le dixième épisode de la MVE avait été déclarée par l'Organisation Mondiale de la Santé comme une urgence de santé publique de portée internationale le 17 juillet 2019¹¹. Au niveau national, trois

⁴ De Latitude 0° 34' 12.00"N et de Longitude 29° 19' 12.00"E, Mangina est une localité située en Territoire de Beni, Province du Nord-Kivu à environ 30 km au Nord-Ouest de la ville de Beni. L'aire de santé de Mangina fait partie de la zone de santé de Mabalako.

⁵ Oly Ilunga, Annonce officielle de la dixième épidémie de la Maladie à Virus Ebola en RDC, 2018, disponible sur <https://www.radiookapi.net/2018/08/01/actualite/sante/rdc-ebola> [consulté le 8 novembre 2019].

⁶ COMITE MULTISECTORIEL DE LUTTE CONTRE EBOLA - SECRETARIAT TECHNIQUE, « Courbe épidémique : Cas MVE par définition de cas et semaine de début des symptômes au 15 novembre 2019 » (Kinshasa, 15 novembre 2019).

⁷ Secrétariat technique du CMR, *Situation Épidémiologique COVID-19 En RDC Au 15 Janvier 2021* (Kinshasa, 15 January 2021) [Un cas probable est un décès pour lequel il n'a pas été possible d'obtenir des échantillons biologiques pour confirmation au laboratoire, mais, dont les investigations ont révélé un lien épidémiologique avec un cas confirmé].

⁸ Oly Ilunga, *Op. cit.*

⁹ BBC Afrique, « Le premier cas confirmé de la MVE avait été signalé à Goma le 15 juillet 2019 », disponible sur <https://www.bbc.com/afrique/region-48986179>, consulté le 26 avril 2021.

¹⁰ Gouverneur du Sud-Kivu, « Les deux premiers cas de la MVE au Sud-Kivu avaient été signalés dans la nuit du 15 août 2019 », août 2019, disponible sur <https://www.voafrique.com/a/la-maladie-à-virus-ebola-déclarée-au-sud-kivu-5045351.html>, [consulté le 26 avril 2021].

¹¹ OMS, *Déclaration Sur La Réunion Du Comité d'urgence Du Règlement Sanitaire International Concernant La Maladie à Virus Ebola En R.D. Congo* (Genève: OMS, 17 July 2019).

Provinces avaient été touchées (le Nord-Kivu, l'Ituri et le Sud-Kivu). Vingt-neuf zones de santé avaient été touchées. Au niveau sous-régional, des cas probables et confirmés avaient été notamment signalés en Ouganda et au Rwanda, pays frontaliers de la R.D. Congo. Cela avait fait craindre le risque d'internationalisation de la maladie. Ce rythme de propagation rappelle ce que François Vachon décrivait de l'épisode Est-Africain :

Cette épidémie [Ebola], la plus bruyante de toutes, est devenue un véritable fléau par son étendue régionale très rapide et un taux très élevé de décès. Elle a vite déchaîné dans le monde entier, des réactions reprises dans tous les médias. On y vit alors réapparaître les « peurs ancestrales » suscitées par de tels évènements !¹².

La fin de la 10^{ème} épidémie a été déclarée le 25 juin 2020, soit un peu moins de deux ans après sa déclaration officielle. Le bilan final s'est élevé à « 3470 cas signalés, à savoir : 3317 confirmés et 153 probables. Au total, le nombre des personnes décédées était de 2280 (2287). Le taux de létalité avait été de 66 %. Les femmes représentent 57 % des personnes ayant été malades »¹³. 250000 (deux cent cinquante mille) contacts ont été signalés, 220000 (deux cent vingt mille) échantillons ont été prélevés pour le test et plus de 303000 (trois cent trois mille) personnes ont été vaccinées. A part les agents recrutés par d'autres partenaires, plus de 16000 (seize mille) intervenants locaux ont été recrutés et plus de 1500 (mille cinq cents) ont été déployées par l'OMS¹⁴ pour lutter contre cet épisode.

Comme on peut s'en rendre compte, la MVE présente une complexité qui suscite la curiosité des pharmaciens, des médecins, des sociologues, des anthropologues, des économistes, etc.

2. État de la question

La thématique sur Ebola a déjà fait l'objet d'un bon nombre de travaux effectués par des chercheurs. Il convient d'en découvrir les nombreuses pistes évoquées afin de poser une nouvelle base sur laquelle porte cette étude.

¹² François Vachon, *Ebola et autres infections aiguës: les maladies qu'on n'attendait pas* (Paris: les Impliqués éditeur, 2015), p. 49.

¹³ Organisation Mondiale de la Santé, « Ebola virus Disease in Democratic Republic of the Congo, external situation report » (OMS, 23 juin 2020), 2, disponible sur <https://www.who.int/publications/i/item/10665-332654>.

¹⁴ OMS, *Fin officielle de la dixième flambée d'Ebola en République démocratique du Congo – maintenir la vigilance face aux résurgences et continuer de soutenir les survivants*, Communiqué de Presse, Kinshasa/Brazzaville/Genève, 25 juin 2020, disponible sur <http://www.who.int/fr/news/item/25-06-2020-10th-ebola-outbreak>, [consulté le 12 avril 2024].

Ces travaux portent sur deux grands moments, à savoir : pendant et après l'épidémie d'Ebola. En effet, pendant l'épidémie, deux grands problèmes se posent. Le premier consiste à identifier les caractéristiques de la maladie à virus Ebola et son impact sur le système sanitaire. Il s'agit donc de décrire les aspects médicaux et épidémiologiques de la maladie à virus Ebola. Le second, quant à lui, porte sur la gouvernance de la riposte contre Ebola. Cette gouvernance englobe les aspects politico-administratifs, socioculturels, anthropologiques et la nécessité d'intégrer l'interdisciplinarité et l'approche *one health* dans la lutte contre cette épidémie. La résilience peut se situer à cheval de ces deux moments (pendant et après) de l'épidémie.

2.1. Études médicales et épidémiologiques sur la maladie à virus Ebola

Il s'agit de passer en revue quelques études sur les caractéristiques de la maladie à virus Ebola.

Dans leur étude, Jin Li, *et al.* font savoir que « les patients présentant une charge virale élevée, d'âge avancé, et avec une diarrhée avaient une mortalité élevée et une durée de survie plus courte »¹⁵ [notre trad.] lors d'Ebola qui avait frappé de plein fouet l'Afrique de l'Ouest en 2014-2015. Pour leur part, A. Lefebvre, *et al.* analysent le taux de létalité dû aux maladies à virus Ebola en partant des données de l'OMS. Cette étude « a démontré une létalité élevée de 65,4 % avec un taux de létalité plus important pour l'espèce Zaïre que pour les espèces Soudan et Bundibugyo »¹⁶. [notre trad.]. Comme dit précédemment, le taux de létalité a été de 66 % dans le cadre de la 10^{ème} vague d'Ebola en RDC.

Martin Eichner, Scott F. Dowell, et Nina Firese s'intéressent à la période d'incubation de l'espèce zaïre du virus hémorragique d'Ebola. Cette « période est estimée à 12,7 jours (avec une déviation standard de 4,31 jours), soit environ 4,1 % des patients peuvent avoir des périodes d'incubation de plus de 21 jours »¹⁷.

Concernant la prévention et le contrôle des infections (PCI) liées à Ebola, les systèmes de santé des milieux affectés ont souvent été remis en cause car accusant beaucoup de faiblesses. A ce propos, l'OMS note, à propos de l'Afrique de l'Ouest, que : « la faible capacité de prévention et contrôle des infections (PCI) était le principal moteur de la transmission de la MVE au sein du

¹⁵ Jin Li and others, 'Age and Ebola Viral Load Correlate with Mortality and Survival Time in 288 Ebola Virus Disease Patients', *International Journal of Infectious Diseases*, 42 (2016), 34–39, <https://doi.org/10.1016/j.ijid.2015.10.021>.

¹⁶ A. Lefebvre et al., « Case Fatality Rates of Ebola Virus Diseases: A Meta-Analysis of World Health Organization Data », *Médecine et Maladies Infectieuses* 44, n° 9 (septembre 2014) : 412-16, <https://doi.org/10.1016/j.medmal.2014.08.005>.

¹⁷ Martin Eichner, Scott F. Dowell, et Nina Firese, « Incubation Period of Ebola Hemorrhagic Virus Subtype Zaïre », *Osong Public Health and Research Perspectives* 2, n° 1 (juin 2011): 3-7, <https://doi.org/10.1016/j.phrp.2011.04.001>.

système de santé »¹⁸. Toutefois, des acquis en matière de PCI ont été enregistrés pendant la période de l'épidémie d'Ebola. Ainsi, Catherine Cooper *et al.* suggèrent que « ces améliorations soient intégrées dans tous les aspects de la prestation des soins de santé et de la formation de la main-d'œuvre à l'avenir. Les mesures standards de prévention doivent être intégrées dans les pratiques quotidiennes »¹⁹ (notre traduction). Cette proposition est à capitaliser comme le suggèrent aussi Vera Scott *et al.* car ce travail « doit être développé avant, et non en parallèle, de futures épidémies »²⁰. Bives Mutume Vivalya *et al.* renchérissent et plaident pour « un engagement à intégrer la réponse d'urgence dans le système de santé existant »²¹. Ces auteurs pensent que cet engagement aura pour but de « réduire la tension qui existe entre le recrutement local et son impact sur la qualité des soins de santé quotidiens ..., d'une part, et l'implication du recrutement international et son impact sur la confiance de la population dans la réponse d'urgence, de l'autre »²² [trad.]. L'acquis de ces études est d'avoir insisté sur le fait que le système sanitaire doit être plus proactif que réactif.

Par ailleurs, Ebola en Afrique de l'Ouest n'a pas facilité la tâche concernant le contrôle d'autres maladies infectieuses. Les malades ont eu peur de fréquenter les structures sanitaires. C'est ce qui ressort de la conclusion d'une recherche sur l'éruption d'Ebola au Liberia dans le traitement de la diarrhée et de la pneumonie infantiles. En effet, il a été constaté « une légère diminution des cas traités lors de la montée de l'épidémie, passant de 50 à 28 % des cas avec au moins un traitement par mois, attribuée aux directives de ne pas toucher d'autres, du manque de médicaments essentiels et de la peur de contracter le virus Ebola »²³. Le même constat a été réalisé par Wagenaar *et al.* qui ont noté qu' :

au cours de cette période, d'importantes pertes de services de soins de santé primaires essentiels se sont produites par rapport à ce à quoi on aurait pu s'attendre si l'écllosion de

¹⁸ World Health Organization., 'Health worker Ebola infections in Guinea, Liberia and Sierra Leone. A preliminary report', 2015, Rapport, disponible sur <http://www.who.int/hrh/documents/21may2015-web-final.pdf> [consulté le 19/11/2021].

¹⁹ Catherine Cooper and others, 'Infection Prevention and Control of the Ebola Outbreak in Liberia, 2014–2015: Key Challenges and Successes', *BMC Medicine*, 14.1 (2016), 2 (pp. 5–6), <https://doi.org/10.1186/s12916-015-0548-4>.

²⁰ Vera Scott, Sarah Crawford-Browne, and David Sanders, 'Critiquing the Response to the Ebola Epidemic through a Primary Health Care Approach', *BMC Public Health*, 16.1 (2016), 410 (p. 7/9), <https://doi.org/10.1186/s12889-016-3071-4>.

²¹ Bives Mutume Vivalya and others, 'Analysis of the Management of the Tenth Ebola Virus Disease Outbreak in the Democratic Republic of Congo: Developing a Multidisciplinary Response Model to Strengthen the Healthcare System during Disease Outbreaks', *Globalization and Health*, 17.1 (2021), 121, <https://doi.org/10.1186/s12992-021-00775-4>.

²² *Ibidem*.

²³ Kendra Siekmans and others, 'Community-Based Health Care Is an Essential Component of a Resilient Health System: Evidence from Ebola Outbreak in Liberia', *BMC Public Health*, 17.1 (2017), 84 (p. 1), <https://doi.org/10.1186/s12889-016-4012-y>.

la MVE ne s'était pas produite. La perturbation de la prise en charge des cas de paludisme pendant l'épidémie de MVE peut avoir entraîné une augmentation des cas de paludisme²⁴.

D'après cette étude, Ebola a pu provoquer une fuite des malades. L'augmentation du nombre de cas d'Ebola et l'insuffisance de contrôle dans la communauté et dans les hôpitaux ont entraîné une diminution de la fréquentation des hôpitaux. Beaucoup de patients craignaient d'être contaminés ou confondus avec les malades d'Ebola. Cette situation a été vécue dans la contrée frappée par la 10^{ème} vague de la MVE. Pour essayer de surmonter cet écueil, la gratuité des soins médicaux avait été mise en place. Une section sera consacrée à une brève évaluation de cette gratuité des soins.

Sikakulya F. *et al.* ont réfléchi sur l'état de préparation des établissements de santé à faire une intervention chirurgicale sécurisée dans les hôpitaux ougandais et de l'Est de la R.D. Congo à l'ère d'Ebola et du COVID-19. En effet, les hôpitaux auxquels l'enquête s'est intéressée ne sont pas préparés à ce sujet. Cela se manifeste à travers les résultats ci-après :

Le taux de participation était de 37,5 % (72/192) pour les deux pays. Aucun des hôpitaux n'a rempli les critères de préparation à la prestation sécurisée de soins chirurgicaux dans les deux pays. La capacité moyenne en lits de santé des établissements participants était de 184 dans l'Est de la R.D. Congo et de 274 en Ouganda avec une capacité moyenne en lits de service chirurgical de 22,3 % (41/184) et 20,4 % (56/274) respectivement. Le nombre moyen de salles d'opération était de 2 et 3 dans l'Est de la R.D. Congo et l'Ouganda respectivement. Neuf hôpitaux (12,5 %) ont déclaré être en mesure de tester Ebola et 25 (34,7 %) capables de faire un test de dépistage de la COVID-19. Le report des chirurgies non urgentes a été signalé par 10 (13,9 %) hôpitaux participants. Seulement 7 (9,7 %) hôpitaux ont déclaré disposer d'une salle d'opération spécifique pour les cas suspects ou confirmés d'Ebola ou de COVID-19. L'équipement de protection individuelle (EPI) approprié était disponible dans 60 (83,3 %) hôpitaux. La plupart du personnel a reçu une formation appropriée sur l'enfilage et le doffage de l'EPI 40 (55,6 %). Des équipes et des protocoles spécifiques pour la fourniture de soins chirurgicaux sécurisés sont présents dans 61 (84,7 %) et 56 (77,8 %) respectivement en Ouganda et dans l'est de la R.D. Congo²⁵.

L'étude de F. Sikakulya et ses coauteurs a le mérite d'avoir alerté et invité les acteurs politiques et de la santé à prendre des mesures idoines afin de ne plus laisser les hôpitaux débordés en cas de résurgence de ces deux maladies très contagieuses.

Ce travail n'a pas pour ambition de passer en revue les aspects médicaux relatifs à Ebola. Cela est de la compétence des spécialistes en la matière.

²⁴ Bradley H. Wagenaar and others, 'The 2014–2015 Ebola Virus Disease Outbreak and Primary Healthcare Delivery in Liberia: Time-Series Analyses for 2010–2016', ed. by Margaret E. Kruk, *PLOS Medicine*, 15.2 (2018), e1002508 (p. 2/26), <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1002508>.

²⁵ Franck Katembo Sikakulya, Robinson Ssebuufu, and others, 'Health Facilities' Readiness for Safe Surgical Care Provision in Uganda and the Eastern Democratic Republic of Congo during Ebola and COVID-19 Era', *BMC Health Services Research*, 21.1 (2021), 831 (p. 1/8), <https://doi.org/10.1186/s12913-021-06870-x>.

2.2. Études sur la gouvernance de la riposte contre Ebola

La question qui se pose est celle de savoir comment endiguer dans le meilleur délai l'épidémie d'Ebola. Autrement dit, la question se pose en termes d'efficacité et d'efficience de la riposte. En effet, la gouvernance concerne « les règles et les institutions implicites et explicites qui façonnent le pouvoir, les relations entre les acteurs et les actions de ces acteurs »²⁶.

Cette question nous amène à examiner les études consacrées aux aspects politico-administratifs, socioculturels et anthropologiques ainsi qu'aux plaidoyers sur l'interdisciplinarité et l'approche *one health* dans la lutte contre Ebola.

2.2.1. Aspects managériaux ou administratifs de la riposte contre Ebola

La lutte contre une épidémie dépend aussi du dispositif administratif mis en place. Dans le cas précis d'Ebola, les manquements sont légion à ce sujet.

En effet, l'étude d'Ernest Tambo *et al.* énumère certains manquements qui rendent difficile la gestion de la réponse à l'épidémie d'Ebola. Il s'agit :

*de la déficience dans le développement et l'implémentation du système de surveillance contre Ebola et autres maladies infectieuses ; du manque d'éducation et de connaissance sur l'apparition d'Ebola qui entraîne la panique, l'anxiété, le traumatisme psychosocial, l'isolement et la confiscation de la dignité, la stigmatisation ; de l'insuffisance des ressources financières, des capacités techniques humaines et la faiblesse de la communauté et du système sanitaire opérationnel pour prévenir et contrôler la réponse, les pratiques et le management ; le leadership et coordination inadéquats ; et le manque de développement de nouvelles stratégies, outils et approches, comme les diagnostics améliorés et les nouvelles thérapies y inclus les vaccins*²⁷. [notre trad.].

Il est évident qu'Ebola laisse derrière lui des effets collatéraux dans les milieux affectés. L'on peut noter entre autres la paralysie de certaines activités et l'anxiété qui s'invite chez les habitants. C'est ainsi que l'étude de Adebimpe Wasiu et Efuntoye Adeola, menée au Nigéria, évoque la peur qu'avaient les Nigériens de voir les écoles reprendre leurs activités pendant qu'Ebola sévissait dans le pays. Ces auteurs ont mis l'accent sur les pratiques préventives dans les écoles pour rassurer les intervenants²⁸. L'étude de Erik Reaves *et al.* sur le contrôle de la maladie à virus Ébola dans le district de *Firestone* montre comment la maladie a été contenue dans ce

²⁶ Karl Blanchet and others, 'Governance and Capacity to Manage Resilience of Health Systems: Towards a New Conceptual Framework', *International Journal of Health Policy and Management*, 6.8 (2017), 431–35 (p. 1/5), <https://doi.org/10.15171/ijhpm.2017.36>.

²⁷ Ernest Tambo, Emmanuel Chidiebere Ugwu, and Jeane Yonkeu Ngogang, 'Need of Surveillance Response Systems to Combat Ebola Outbreaks and Other Emerging Infectious Diseases in African Countries', *Infectious Diseases of Poverty*, 3.1 (2014), 29, <https://doi.org/10.1186/2049-9957-3-29>.

²⁸ Adebimpe Wasiu Olalekan and Efuntoye Adeola, 'How Prepared Are Nigerian Schools for Ebola Virus Disease Prevention and Control?', *Annals of Global Health*, 80.6 (2015), 452, <https://doi.org/10.1016/j.aogh.2015.02.001>.

district grâce à une communication efficace dans les radios locales. Les messages étaient focalisés sur les mesures de prévention et la responsabilité de chaque citoyen afin de bouger cette menace commune. Elle révèle que la gestion de cette épidémie au Libéria était décentralisée. La victoire sur cette épidémie dans ce district était due principalement aux systèmes de gestion des incidents et des réponses à des crises préexistants contrairement à d'autres contrées du Libéria où ils étaient absents²⁹. Pour leur part, J. Diers *et al.* montrent que l'endigement de la MVE nécessite une combinaison de plusieurs stratégies. Pour ce faire, ils ont plaidé pour la mise en place de laboratoires mobiles pour raccourcir les délais d'obtention des résultats et ainsi faciliter l'endigement d'Ebola en partant d'une expérience réalisée au Mali³⁰.

Par ailleurs, pour faciliter la gestion, les intervenants sont appelés à avoir la même compréhension de la façon dont ils vont attaquer le problème. Évoquant les leçons apprises de la riposte contre Ebola au Libéria, Yah Zolia *et al.* notent avec satisfaction la même compréhension qu'il y a eu entre le Ministère de la santé et la présidence de la République sur ce que pourrait être le futur du système de santé de ce pays³¹.

En outre, parlant de la gestion d'un Centre de Traitement Ebola (CTE), Gomez-Temesio et Le Marcis ont fait un parallélisme entre un CTE et un camp. Selon ces auteurs, « les CTE partagent plusieurs points communs avec les multiples « formes-camp » qui peuplent le monde contemporain »³². En effet, à l'instar d'autres types de camp, les CTE ont « la frontière, la logique épidémiologique, le triage, le triage des populations et, enfin, la suppression de l'éthique ordinaire »³³. C'est dans cette lancée que les auteurs soulignent que « l'expérience d'Ebola relève en fait l'avènement d'un régime global de gouvernance de santé qui s'inscrit dans un contexte postcolonial et renvoie à l'histoire longue caractérisée par la violence et l'extraction »³⁴. Ils concluent que cette expérience « est aussi emblématique d'un gouvernement du monde qui conjugue « biopolitique et nécropolitique »³⁵ »³⁶. Au même moment que la gouvernance de la riposte visait à éradiquer Ebola, au même moment il s'est observé une certaine négligence qui a

²⁹ Erik J. Reaves and others, 'Contrôle de La Maladie à Virus Ebola-District de Firestone, Libéria, 2014', *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*, 63 (2014), 959–65.

³⁰ J. Diers and others, 'Laboratoires Mobiles et Leur Contribution Dans l'endigement de Pathologies Émergentes En Afrique Subsaharienne Illustrée Par l'exemple de La Maladie à Virus Ebola', *Médecine et Santé Tropicales*, 25.3 (2015), 229–33.

³¹ Yah Zolia and others, 'Setting the Scene for Post-Ebola Health System Recovery and Resilience in Liberia: Lessons Learned and the Way Forward', *Health Systems and Policy Research*, 04.01 (2017), <https://doi.org/10.21767/2254-9137.100061>.

³² Veronica Gomez-Temesio and Frédéric Le Marcis, 'La Mise En Camp de La Guinée : Ebola et l'expérience Postcoloniale', *L'Homme*, 222, 2017, 57–90.

³³ *Ibidem*.

³⁴ Veronica Gomez-Temesio et Frédéric Le Marcis, *Op. cit.*

³⁵ Expression désignant un spectre politique qui oscille entre « laisser vivre » et « faire mourir ». A l'intérieur du centre de traitement, les patients deviennent des corps attendant la mort, des « zombies ». *Ibidem*, p. 77 & 84.

³⁶ *Ibidem*, p. 89.

causé la mort de certains malades. C'est à ce niveau que les concepts « biopolitique » et « nécropolitique » peuvent être utilisés dans le contexte du dixième épisode d'Ebola en RDC.

De son côté, Didier Houssin s'intéresse à la coopération sanitaire internationale consacrée par le Règlement Sanitaire International (RSI) en 2005. Il relève les raisons qui ont fait qu'Ebola ait des ramifications internationales en 2014. D'abord, la maladie émerge dans la région de la ville de Guékédou. Cette ville de la Guinée est proche du Libéria et de la Sierra Léone. Ensuite, les frontières entre les trois pays sont poreuses en raison de l'importance de la circulation des personnes, des animaux et des biens. Enfin, les capacités sanitaires des trois pays sont peu développées³⁷. Néanmoins, l'inexistence d'un grand aéroport favorisant le commerce international dans la région a été un frein à la propagation de cette maladie. Il s'observe donc un paradoxe consistant à protéger la communauté locale tout en lui privant de participer à la vie internationale. C'est ainsi que Rebecca Merrill *et al.* suggèrent que dans un contexte de mobilité internationale des populations vivant dans des pays aux frontières poreuses, il faut mettre en place des stratégies permettant d'éviter la propagation de la maladie. Parmi ces stratégies, ces auteurs mentionnent « le développement des points d'entrées, l'établissement des priorités pour le renforcement des capacités dans les points d'entrée et les régions frontalières identifiés, une collaboration transfrontalière et régionale en matière de santé publique en temps opportun »³⁸.

Didier Houssin note, par ailleurs, que « la coopération sanitaire internationale face à Ebola en 2014 n'a pas été nulle, mais elle a été lente et longtemps de trop faible portée »³⁹. Dans la même lancée, s'agaçant, Christopher Stokes, alors Directeur général de MSF-Belgique, avait déclaré que : « Nous sommes face à une étrange coalition de l'inaction »⁴⁰ qualifiant ainsi l'intervention internationale.

Réfléchissant dans le même sens que Didier Houssin, Clélia Gasquet-Blanchard constate que « chaque vie humaine n'a pas le même prix »⁴¹. En fait, selon cette dernière « La mondialisation nous rapproche de nos concitoyens libériens ou guinéens autant qu'elle nous en éloigne, par les médias, mais aussi par notre indifférence généralisée à une crise majeure (ancienne et latente) où ces pays sont plongés »⁴². Clélia Gasquet-Blanchard pense que dans la gestion des urgences l'isolement à domicile de qualité permettrait de participer à une meilleure gestion de la

³⁷ Didier Houssin, 'La Coopération sanitaire internationale abolie par Ebola ?', *Politique Étrangère*, 4, 2014, 85–95 (p. 87).

³⁸ Rebecca D. Merrill and others, 'Responding to Communicable Diseases in Internationally Mobile Populations at Points of Entry and along Porous Borders, Nigeria, Benin, and Togo', *Emerging Infectious Diseases*, 23.13 (2017), pp. S116–17, <https://doi.org/10.3201/eid2313.170520>.

³⁹ Didier Houssin, p. 90.

⁴⁰ Tanguy Berthemet, 'Ebola : Dans l'horreur Du Centre d'Elwa', *Le Figaro*, 9 September 2014.

⁴¹ Clélia Gasquet-Blanchard, 'Ebola, Géographie d'un Virus. Enjeux Socio-Spatiaux En Afrique Centrale: Perspectives Pour l'Afrique de l'Ouest', *L'Espace Politique*, 26, 2015, p. 15, <https://doi.org/10.4000/espacepolitique.3475>

⁴² *Ibidem*.

crise⁴³. Les moyens mis en œuvre ne sont pas suffisants. Elle conclut que l'engagement, tant international, national que communautaire ou individuel, « s'arrête aux frontières que chacun construit »⁴⁴. Elle dénonce ainsi une gestion globalisée, mais contestée au niveau local⁴⁵. Toutefois, dans la pratique, la gestion globalisée est à la fois contestée et acceptée, le tout dépendant des enjeux en présence.

Pour leur part Tolbert Nyenswah *et al.*, parlant de la Maladie à Virus Ebola au Liberia, pensent que l'écueil majeur de la riposte était dû à une faible prise de décision et à un leadership hiérarchisé. Ainsi, disent-ils :

La première phase de l'épidémie a été entravée par une attention insuffisante à la prise de sens [sense-making] et une faible prise de décision [decision-making], en partie à cause de l'approche de leadership hiérarchique. Cela a contribué à l'amplification de l'épidémie. La phase d'urgence de l'épidémie a entraîné un changement de leadership qui s'est concentré sur la prise de sens, la prise de décision et les tâches de création de sens [meaning-creation]. Une approche de leadership distribué a remplacé les anciennes hiérarchies. En plus de partager la responsabilité et l'autorité du leadership, l'approche du leadership distribué impliquait l'engagement stratégique des parties prenantes et la communication intensive. Bien qu'une grande partie des approches de leadership hiérarchique soit revenue dans les dernières phases de l'épidémie, il reste des dirigeants plus autonomes à différents niveaux à travers le pays. S'attaquer systématiquement aux tâches de leadership de crise, reconnaître les situations dans lesquelles différentes approches de leadership peuvent être utilisées et utiliser une approche de leadership distribué sont des leçons utiles pour se préparer et répondre aux crises futures⁴⁶. (notre traduction).

Ce leadership de crise a remplacé une hiérarchie forte issue de la logique étatique ou trans-étatique. Ce leadership résulte d'un choc entre les organisateurs de la riposte et les communautés bénéficiaires pendant le dixième épisode. Nous en parlons largement dans ce travail.

Par ailleurs, Tolbert Nyenswah *et al.* relèvent sept leçons apprises en matière de leadership et de gouvernance de la crise d'Ebola vécue au Libéria :

rien ne remplace un leadership politique solide⁴⁷ ; pour diriger efficacement, il doit y avoir un casting de soutien; les gouvernements doivent s'approprier leur réponse ; les systèmes et les structures doivent être mis en place tôt par le gouvernement ; les relations avec les partenaires internationaux doivent être bien gérées ; le leadership vient de l'intérieur, mais

⁴³ *Ibidem.*

⁴⁴ *Idem*, p. 15.

⁴⁵ *Idem*, p. 10.

⁴⁶ Tolbert Nyenswah, Cyrus Y. Engineer, and David H. Peters, 'Leadership in Times of Crisis: The Example of Ebola Virus Disease in Liberia', *Health Systems & Reform*, 2.3 (2016), 194–207 (p. 194), <https://doi.org/10.1080/23288604.2016.1222793>.

⁴⁷ Le leadership politique solide renvoie ici au soutien de l'Etat du Libéria, du sommet à la base, à la réponse contre l'épidémie d'Ebola.

*les opportunités de diriger viennent de l'extérieur ; des erreurs seront commises et il est important d'en tirer des leçons*⁴⁸ (notre traduction).

La coordination des efforts internes et externes est dès lors considérée comme un levier important pour l'efficacité de la riposte. Cette réflexion rejoint ce qui a été traité dans ce travail en ce sens que celui-ci s'intéresse aux logiques d'actions et de réactions des acteurs multi-niveaux (la question de la cohabitation entre acteurs locaux, nationaux et internationaux).

Ce faisant, la gouvernance des épidémies n'est pas sans engendrer des conflits entre acteurs de la riposte. Mathilde Bourrier en fait une illustration en évoquant la crise entre l'OMS et le MSF dans la gestion d'Ebola en Afrique de l'Ouest. En effet, pendant la crise sanitaire d'Ebola en Afrique de l'Ouest « le MSF et les experts de l'OMS ont tout particulièrement occupé le devant de la scène. Ces deux acteurs du système de santé globale se sont affrontés au sein d'arènes de négociation techniques sur le terrain de l'efficacité de la réponse, sur les moyens d'endiguer l'épidémie, sur l'attitude à adopter face aux populations affectées »⁴⁹. Ces acteurs ont eu des points de vue divergents à ces sujets. Dans leurs actions, le MSF a privilégié « la raison humanitaire tandis que l'OMS celle technico-politique »⁵⁰. Selon Pierre Micheletti, l'OMS a surtout été critiquée pour « sa lenteur de réaction, le débat sur les équipements de protection du personnel jugés par certains acteurs d'une prudence excessive et déshumanisante »⁵¹. Quant aux MSF, il leur a été reproché d' « avoir systématiquement écarté toute stratégie autre que celle de soins délivrés par des équipes ultra spécialisées dans des structures dépourvues de tout fonctionnement de nature à entretenir le lien avec les communautés d'origine des patients admis pour des soins »⁵². Les deux logiques (humanitaire⁵³ et technico-politique) quasi-opposées n'ont pas facilité la tâche à ces acteurs appelés « OMSF » par la population locale qui les considéraient comme un, tous étant vus « comme deux puissances extérieures »⁵⁴. Toutefois, un flou entoure ces deux notions ou logiques (humanitaire et technico-politique) au point qu'il est quasi-impossible d'en tracer une frontière nette. L'humanitaire et la technicité s'interpénètrent. Et, parfois, l'humanitaire est manipulé par le politique surtout que les acteurs publics et privés participent à la conception et à l'implémentation

⁴⁸ Tolbert Nyenswah, 'Reflections on Leadership and Governance from the Incident Manager of Liberia's Ebola Response', *Health Security*, 15.4 (2017), 445–49 (pp. 447–48), <https://doi.org/10.1089/hs.2017.0040>.

⁴⁹ Mathilde Bourrier, 'Dans les coulisses de la gestion de l'épidémie Ebola en Afrique de l'Ouest (2014-2016) : L'ère de l'«OMSF»', *Sciences sociales et santé*, 37.2 (2019), 39–66 (p. 39), <https://doi.org/10.1684/sss.2019.0139>.

⁵⁰ *Ibidem*, 41.

⁵¹ Pierre Micheletti, 'L'épidémie à Virus Ebola (2014-2016) En Afrique de l'Ouest : La Querelle Stratégique Comme Expression de La Puissance Des Acteurs Supranationaux', *Sciences Sociales et Santé*, 37.2 (2019), 67–73.

⁵² *Ibidem*.

⁵³ Pour MSF, ce qui compte c'est de guérir les malades. Et en soignant, les soignants doivent se protéger physiquement en vue de ne pas être contaminés tout en gardant en tête que les activités humanitaires et sanitaires sont apolitiques et neutres. Pour l'OMS, il faut sauver les malades tout en se protégeant en utilisant les instruments de la coercition dont les forces armées de l'Etat et la Police nationale.

⁵⁴ Mathilde Bourrier, *Op. cit.*.

des politiques publiques. Les idées développées dans ce paragraphe sont capitales pour cette étude. En effet, elles s'intéressent aux causes et mobiles des désaccords entre partenaires et aux voies de sorties. Cette étude s'est intéressée à ces aspects dans le contexte précis de la dixième épidémie d'Ebola à l'Est de la RDC.

Pour sa part, Cheikh Niang postule que l'épidémie d'Ebola se révèle alors être un fait politique et social qui *se développe dans le champ historique du postcolonialisme*⁵⁵. Ceci justifie, selon Tonda J., un « décalage entre les propositions de gestion et les réalités locales »⁵⁶. Clélia Gasquet a, pour sa part, fustigé « les dérives et incohérences relatives au traitement de l'urgence sanitaire »⁵⁷. Ainsi, la crise sanitaire doit éclairer « sur les processus à l'œuvre dans la gestion violente des épidémies »⁵⁸. Ces violences proviennent des « déficiences d'organisation, de gouvernance et de positionnement »⁵⁹. Ce faisant, Clélia Gasquet suggère de « penser le long terme et d'appliquer des approches *bottom up*, de recherche-action et de réparation pour endiguer la diffusion de l'épidémie et faire adhérer les populations aux actions mises en place pour gérer l'épidémie »⁶⁰.

Cette réflexion recoupe ce qui a été développé dans la présente étude. Toutefois, cette dernière essaie de la dépasser en s'intéressant aux influences observées respectivement entre les approches *bottom-up* et les approches *top-down* dans la lutte contre la 10^{ème} vague d'Ebola. La confrontation de ces deux approches recourt certainement aux aspects socioculturels et anthropologiques liés à la gouvernance de la MVE. Par ailleurs, la suggestion de recourir à la recherche-action aiderait si elle est antérieure aux épidémies⁶¹. Dans le cas contraire, on risquerait de laisser des morts sur le terrain au nom de celle-ci.

2.2.2. Études socioculturelles et anthropologiques sur la MVE

Elles touchent aux valeurs et croyances locales qui auraient été menacées lors de la riposte contre les épidémies. L'on pourrait, à ce stade, être tenté de croire que les valeurs et croyances internationales médicales sont opposées aux croyances locales.

En effet, les agents de la riposte ont utilisé de multiples approches pour susciter l'engagement communautaire durant l'épidémie d'Ebola afin d'amener la population locale à

⁵⁵ Cheikh Ibrahima Niang, 'Ebola : une épidémie postcoloniale', *Politique étrangère*, Hivr.4 (2014), 97, <https://doi.org/10.3917/pe.144.0097>.

⁵⁶ Tonda J. cité par Clélia Gasquet-Blanchard, 'L'épidémie d'Ebola de 2013-2016 En Afrique de l'Ouest : Analyse Critique d'une Crise Avant Tout Sociale', *Santé Publique*, 29.4 (2017), 453-64 (p. 456).

⁵⁷ *Ibidem*, p. 453.

⁵⁸ *Idem*, p. 457.

⁵⁹ *Idem*, pp. 457-458.

⁶⁰ *Idem*.

⁶¹ En dépit du fait que certaines épidémies sont imprévisibles ou pourront être découvertes.

renoncer aux croyances qui entravent le travail de la riposte. Ainsi, en référence au cas du Libéria, ces approches sont résumées, selon l'ordre d'importance, en 4 grandes catégories. Il s'agit de « la fourniture d'information, la consultation, la participation et la capacitation ou mieux l'autonomisation⁶² de la communauté »⁶³. Ainsi, les répondants ont soulevé l'importance d'avoir des acteurs de santé qui communiquent en toute franchise et de manière complète à propos de ce qui est connu et quelles activités programmées pour booster l'engagement communautaire⁶⁴. C'est dans la même lancée que Yan Zolia *et al.* soutiennent que « la transparence et la participation sont requises et nécessaires pour aligner tous les acteurs impliqués »⁶⁵. L'étude de Kendra Siekmans *et al.* rejoint aussi la même réflexion en montrant que :

*Dans un climat de méfiance, où les agents de santé étaient réticents à traiter les patients, les personnes malades avaient peur d'emmener les enfants à la clinique, les ASC (agents de santé communautaire) étaient une source fiable de conseils et d'éducation à la prévention contre Ebola. Ces résultats réaffirment la valeur du recrutement et de la formation de travailleurs locaux qui ont la confiance de la communauté et comprennent les complexités sociales et culturelles des relations*⁶⁶. (notre traduction).

Pour leur part, Séverine Thys et Marleen Boelaert ont souligné que la non prise en compte des explications socioculturelles et anthropologiques sur l'origine d'Ebola à Macenta⁶⁷ en Guinée a été à la base des résistances populaires. Pour eux, le discours médical était en opposition avec les interprétations populaires. Il a fallu que GOARN (Réseau Mondial d'alerte et d'action en cas d'épidémie de l'OMS) mène des enquêtes ethnographiques « pour identifier les rumeurs et leurs sources, comprendre la perception de la population ainsi que ses connaissances sur l'histoire et l'origine d'Ebola en Guinée »⁶⁸. C'est sur ce même constat qu'aboutit Clélia Gasquet-Blanchard parlant de la mondialisation des phénomènes sanitaires. « Avant tout, elle interroge sur notre capacité à communiquer, notamment dans la prise en compte de modèles socio-culturels différents du modèle biomédical »⁶⁹. En fait, selon Clélia, cité par Gasquet-Blanchard, « cette prise en compte permettrait peut-être de former des relais plus crédibles aux yeux des populations et au sein des communautés pour informer sur la maladie, ses risques, les soins possibles, etc. »⁷⁰.

⁶² L'autonomisation dont il est question chez Barker renvoie à ce que les anglophone appellent *empowerment* et consiste dans ce cas précis à reconnaître à la communauté locale le pouvoir de participer à la prise de décision dans un domaine particulier ou projet.

⁶³ Kathryn M Barker and others, 'Community Engagement for Health System Resilience: Evidence from Liberia's Ebola Epidemic', *Health Policy and Planning*, 35.4 (2020), 416–23 (pp. 418–20), <https://doi.org/10.1093/heapol/czz174>.

⁶⁴ *Ibidem*, 421.

⁶⁵ Zolia and others.

⁶⁶ Siekmans and others, p. 1/10.

⁶⁷ Village où il a été repéré le cas index d'Ebola en Afrique de l'Ouest.

⁶⁸ Séverine Thys and Marleen Boelaert, 'Sur l'origine d'Ebola : discours biomédical *versus* interprétations populaires à Macenta en Guinée', *Santé Publique*, 29.4 (2017), 497 (p. 497), <https://doi.org/10.3917/spub.174.0497>.

⁶⁹ Gasquet-Blanchard, p. 15/18.

⁷⁰ *Ibidem*.

Un mémoire de Master a été consacré aux rumeurs sur la MVE qui avait sévi en Afrique de l'Ouest en 2014-2015. Une taxinomie des rumeurs classait celles-ci en « rumeurs de déni, accusatrices et de traitement »⁷¹. L'épidémie d'Ebola qui avait sévi en Afrique de l'Ouest est la plus meurtrière de l'histoire de cette maladie⁷². Celle de 2018-2020, en R.D. Congo, occupe le deuxième rang en termes de bilan. La première se passe dans un contexte post-conflit du Libéria et Sierra-Leone. La seconde se passe dans une région en proie à des massacres. Dans les deux cas, bien qu'à divers niveaux, les rumeurs et contre-rumeurs ont joué un rôle dans la résistance et la coopération observées. Néanmoins, si dans la première la gestion était décentralisée, il appert que dans la seconde la gestion était centralisée ou mieux « internationalisée ». Dès lors sa gestion était multiniveau en ce sens qu'elle a rallié communautés locale, nationale et internationale.

Pour leur part, Vera Scott *et al.* suggèrent ce qui suit :

*dans une épidémie rendue complexe par la faiblesse des systèmes de santé préexistants et le manque de confiance dans les autorités et la mobilité des populations, une approche plus large était nécessaire pour s'engager plus tôt, plus activement et plus directement avec les communautés touchées... Cela nécessite le développement d'une gestion locale et un investissement dans les ressources humaines pour la santé, y compris un cadre solide de travailleurs communautaires*⁷³.

Pour pallier la méfiance entre acteurs, Kittelsen et Keating développent la théorie de la confiance rationnelle. En effet, « la confiance est nécessaire pour asseoir un système de santé plus résilient »⁷⁴. Ainsi, poursuivent-ils, dans les modèles de confiance rationnels, « la confiance est reconnue, comme principalement, si pas uniquement, un exercice de calcul qui inclut la collecte des informations sur les acteurs comme moyen de prédire leur probable futur comportement »⁷⁵. Le manque de confiance pendant la riposte a cristallisé la division et créé des castes au sein de la communauté. Elle a créé deux catégories opposées, à savoir : de « gens d'Ebola » et de « communautés »⁷⁶.

En outre, les facteurs de la résistance communautaire contre les équipes de la riposte contre Ebola dans le Nord-Kivu ont également été étudiés. Sur ce, Kambale Bunduki Gabriel insiste sur l'irrespect des facteurs socioculturels et le contexte politique et sécuritaire dans la région comme des entraves à la coopération. Pour briser la résistance, Kambale Bunduki avait

⁷¹ Marine Decaillet, « Ebola: face à la rumeur. Etude des rumeurs et de leur gestion par l'organisation Médecins Sans Frontières durant l'épidémie à virus Ebola 2013-2015 » (Université des Sciences et Technologies Lille 1 - Parcours Anthropologie, 2015), pp. 25-26.

⁷² Plus de 11,000 personnes avaient péri dans ce drame.

⁷³ Scott, Crawford-Browne, and Sanders, p. 7/9.

⁷⁴ Sonja Kristine Kittelsen and Vincent Charles Keating, 'Rational Trust in Resilient Health Systems', *Health Policy and Planning*, 34.7 (2019), 553–57, <https://doi.org/10.1093/heapol/czz066>.

⁷⁵ *Ibidem*.

⁷⁶ Abdoulaye Wotem Somparé, 'La Lutte Contre l'épidémie d'Ebola En Guinée et Les Difficultés Liées Aux Identités Professionnelles et Communautaires', *Sociétés Plurielles*, 3, 2019, p. 19/23.

recommandé que les anthropologues et spécialistes en communication soient mis à contribution⁷⁷. Cette étude recoupe certains aspects de ce travail en ce sens qu'elle touche les dimensions socio-anthropologiques et politiques qui entraveraient la riposte. Néanmoins, elle avait été menée dans les trois premiers mois de cette dixième vague d'Ebola. Ceci fait que sa conclusion est susceptible de critiques. En effet, en dépit de la présence des anthropologues et des spécialistes en communications, la violence ne faisait que grimper et avait abouti à des morts d'hommes, destructions d'infrastructures, de véhicules, etc. De fait, cette proposition ou recommandation de l'auteur n'était pas une panacée à la résistance. Kambale Bunduki n'avait pas mentionné qu'une partie de la population coopérait en même temps qu'une autre résistait. C'est ce dont il est question dans la présente étude.

Enfin, s'intéressant aux implications socioculturelles et anthropologiques de l'enterrement digne et sécurisé (EDS), F. Sikakulya *et al.* concluent que :

la mort, l'enterrement, les rites funéraires et les croyances et traditions de deuil peuvent avoir un impact direct sur la transmission d'Ebola et impacter la confiance entre les communautés et les intervenants. Dans le contexte de la MVE au Nord-Kivu, un dialogue bidirectionnel et des consultations communautaires ont permis aux membres de la communauté de comprendre la nécessité de l'enterrement digne et sécurisé (EDS) et de sensibiliser à l'utilisation de l'EDS adapté au contexte local. Les rumeurs sur les soins du défunt et les intentions des équipes d'inhumation ont également été réduites grâce à un processus bien géré et ouvert⁷⁸.

Au vu de ce qui précède, la compréhension de cette problématique nécessite une approche interdisciplinaire.

2.2.3. One Health approach et interdisciplinarité dans la gouvernance de la riposte contre Ebola

A ce sujet, plusieurs études insistent sur le fait que la lutte contre les épidémies ou les pandémies en général et Ebola en particulier doit passer par la conjugaison des efforts des diverses disciplines. C'est à ce titre que Tambo *et al.* ont suggéré la mise en place d'un système de réponse intersectoriel et transdisciplinaire pour surveiller et contrer de tout près l'émergence de la MVE en Afrique⁷⁹. Dans la même lancée, Yah Zolia a fait savoir, à partir du cas libérien, que « l'interdisciplinarité était essentielle pour mettre fin à la tragédie »⁸⁰. Une autre équipe de

⁷⁷ Gabriel Kambale Bunduki, 'Community Resistance to Ebola Response Teams in North-Kivu, DR Congo', *Journal of Ancient Diseases & Preventive Remedies*, 06.03 (2018), <https://doi.org/10.4172/2329-8731.1000185>.

⁷⁸ Franck Katembo Sikakulya, Michel Kalongo Ilumbulumbu, and others, 'Safe and Dignified Burial of a Deceased from a Highly Contagious Infectious Disease Ebolavirus: Socio-Cultural and Anthropological Implications in the Eastern DR Congo', *One Health*, 13 (2021), 100309, <https://doi.org/10.1016/j.onehlt.2021.100309>.

⁷⁹ Tambo, Ugwu, and Ngogang, p. 1.

⁸⁰ Zolia and others, p. 7/9.

chercheurs a planché sur le même sujet en plaidant pour l'intégration des sciences sociales dans la préparation de la réponse contre les épidémies. Ainsi, l'interdisciplinarité s'invite et le rôle significatif de l'anthropologie semble devenu évident⁸¹.

Concernant la prise en charge d'Ebola dans l'Est de la R.D. Congo, l'étude de Katembo Sikakulya *et al.* a fait un plaidoyer pour l'introduction de l'approche *one health* dans le contrôle des maladies qui lient l'humain, l'animal et l'écosystème. En effet, « jusqu'à 60 % des maladies infectieuses émergentes sont généralement des zoonoses. Pour cela, elles requièrent une étroite collaboration entre cliniciens, agents de santé publique, vétérinaires et officiers de santé publique vétérinaire pour une réponse rapide, la prévention et la gestion des zoonoses »⁸². (notre trad.)

Certes, l'interdisciplinarité est essentielle dans la lutte contre les épidémies dont Ebola. Néanmoins, elle n'est pas sans conséquence sur les rapports entre experts venant de diverses disciplines. Au sein de la riposte, une conflictualité entre disciplines a été décelée. C'est ce que décrit Wotem Somparé en écrivant qu' : « en réalité, loin d'être homogènes, chacun de ces deux groupes est composé de plusieurs catégories d'individus, porteurs des sous-cultures variables en fonction de leurs milieux sociaux respectifs et de leurs statuts d'appartenance »⁸³. Il note que ces différentes catégories socioprofessionnelles n'avaient pas l'habitude de se côtoyer et de travailler ensemble avant l'épidémie d'Ebola. Il s'est alors observé une tension interne entre les spécialistes du domaine de la santé et les spécialistes d'autres domaines dont les socio-anthropologues, les communicateurs et les journalistes. A cet antagonisme s'ajoutent des mésententes entre les membres des comités de veille (CVV et CVQ⁸⁴) et les acteurs de la riposte. Ces derniers accusaient les premiers de « manque de professionnalisme et de manque de collaboration sincère »⁸⁵. Étant donné que les groupes ne sont pas homogènes, il a suggéré qu'on remplace le concept « communauté » par celui de « réseau communautaire de réticence ou de résistance »⁸⁶. Il convient néanmoins de faire observer que cette conflictualité pourrait n'avoir pas été inutile. Elle a permis de prendre en charge la quasi-totalité des aspects relatifs à la lutte contre la maladie. Ceci aurait valorisé les domaines autres que médical ayant servi pour mitiger ou éradiquer Ebola.

⁸¹ Kevin Louis Bardosh and others, 'Integrating the Social Sciences in Epidemic Preparedness and Response: A Strategic Framework to Strengthen Capacities and Improve Global Health Security', *Globalization and Health*, 16.1 (2020), 120, <https://doi.org/10.1186/s12992-020-00652-6>.

⁸² Franck Katembo Sikakulya, Olivier Mulisya, and others, 'Ebola in the Eastern Democratic Republic of Congo: One Health Approach to Infectious Disease Control', *One Health*, 9 (2020), 100117, <https://doi.org/10.1016/j.onehlt.2019.100117>.

⁸³ Wotem Somparé, p. 5.

⁸⁴ CVV = comités villageois de veille ; CVQ = Comités de veille de quartier.

⁸⁵ Wotem Somparé, *Op. cit.*, p. 17/23.

⁸⁶ *Ibidem*, 19/23.

Une fois confrontées aux chocs, comment les sociétés essayent-elles de se remettre de leurs blessures pour reprendre leurs rythmes d'avant ou pour modifier leurs rythmes en intégrant la possibilité des chocs ?

2.3. Résilience des communautés locales

Il s'agit de s'interroger sur les modalités suivant lesquelles le système sanitaire et la communauté ont résisté au choc provoqué par l'épidémie. Ainsi, le concept de résilience est abordé en termes d'acquis ou de ratés de la riposte sur les plans médical, socioéconomique et culturel du milieu affecté.

La résilience d'un système de santé est considérée « comme sa capacité à absorber, s'adapter et se transformer lorsqu'il est exposé à un choc tel qu'une pandémie, une catastrophe naturelle ou un conflit armé tout en conservant le même contrôle sur sa structure et ses fonctions »⁸⁷. Le concept de résilience est intimement lié à celui de durabilité ayant tous émergé dans les années 1990. Ainsi, « gérer la résilience du système de santé réside dans la capacité de gérer des acteurs, des réseaux et des institutions qui ont une influence sur le système de santé »⁸⁸. Pour renchéirir, Alonge O. et ses coéquipiers notent que :

*La résilience communautaire, y compris le leadership et le capital social, est crucial pour affronter des chocs comme ceux d'Ebola, et la facilitation de la guérison des communautés de ces chocs. Il est vrai que la résilience ne va pas attirer un appui pragmatique et financier comme c'est le cas lors de l'émergence de l'épidémie. La résilience communautaire n'est possible que lorsqu'il y a des actions collectives dans la communauté. Il en va de même d'associer tous les intéressés au système de santé afin qu'ils rendent service à la communauté*⁸⁹.

Ce faisant, la résilience est « présentée comme un pilier clé des systèmes de santé »⁹⁰.

Néanmoins,

⁸⁷ Blanchet and others, p. 1/5. Dans la pensée des systèmes de santé, la *capacité d'absorption* se rapporte à la capacité d'un système de santé à continuer à fournir le même niveau (quantité, qualité et équité) de services de santé de base et de protection aux populations malgré le choc en utilisant le même niveau de ressources et de capacités. La *capacité d'adaptation* est la capacité des acteurs du système de santé à fournir le même niveau de services de santé avec des ressources moins nombreuses et/ou différentes, ce qui nécessite des adaptations organisationnelles. Enfin, la *capacité de transformation* décrit la capacité des acteurs du système de santé à transformer les fonctions et la structure du système de santé pour répondre à un environnement changeant.

⁸⁸ Louis Lebel and others, 'Governance and the Capacity to Manage Resilience in Regional Social-Ecological Systems', *Ecology and Society*, 1.11 (2006), 19.

⁸⁹ O. Alonge and others, 'Understanding the Role of Community Resilience in Addressing the Ebola Virus Disease Epidemic in Liberia: A Qualitative Study (Community Resilience in Liberia)', *Global Health Action*, 12.1 (2019), 1662682 (p. 11/12), <https://doi.org/10.1080/16549716.2019.1662682>.

⁹⁰ Stephanie M Topp, 'Power and Politics: The Case for Linking Resilience to Health System Governance', *BMJ Global Health*, 5.6 (2020), e002891 (p. 1/4), <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2020-002891>.

la résilience des systèmes de santé ne doit pas être considérée comme un résultat apolitique, synonyme de systèmes de santé solides ou d'amélioration de la santé de la population. Ce qui favorise la capacité d'un système de santé à être résilient doit être évalué dans le contexte des intérêts et des intentions des acteurs du système de santé et de la manière dont ils mobilisent et canalisent leur pouvoir. Ne pas le faire risque de permettre à une certaine conception abstraite de la « résilience du système de santé » de détourner, intentionnellement ou non, l'attention et les efforts des types de réformes nécessaires pour traiter et améliorer les inégalités de santé de longue date⁹¹.

Ainsi, la résilience est vue comme une capacité, une aptitude et non comme un résultat⁹². Elle implique, de ce fait, « une nature dynamique d'adaptation »⁹³.

Par ailleurs, « la loi est essentielle à la pratique de la santé publique »⁹⁴. Dans le cas du Libéria, « une institution publique de santé a été créée pour contribuer à la création d'un système de santé résilient qui réduit le risque dû à des épidémies et à d'autres menaces de santé »⁹⁵.

Enfin, il y a lieu de noter que certains systèmes ne tardent pas à guérir du choc ; d'autres s'enlisent après des catastrophes. Le cas libérien est éloquent quant à cela :

Le système de soins de santé primaires du secteur public libérien a fait des progrès vers la reprise après l'épidémie de MVE de 2014-2015. Tous les indicateurs de soins de santé primaires suivis sont revenus aux niveaux d'avant la MVE en novembre 2016. Pourtant, pour la plupart des indicateurs, il a fallu plus d'un an pour revenir aux niveaux d'avant la MVE⁹⁶.

La présente étude n'a pas pour vocation d'étudier les aspects médicaux de la MVE ; ceux-ci étant principalement réservés à ceux qui étudient des techniques de recouvrement de la santé. Ainsi, la particularité ou mieux l'originalité de ce travail se situe à trois niveaux.

D'abord, il cherche à comprendre l'organisation et le fonctionnement de la riposte à la MVE en déterminant les logiques d'actions et les réactions locales parmi les dispensateurs des soins de santé et la population locale. Ces déterminants ont entraîné des réactions aussi bien à l'interne qu'à l'externe des équipes de la riposte. En fait, les réactions à l'organisation du 10^{ème} épisode de la MVE ne provenaient pas seulement de la communauté locale. Il s'agit d'analyser aussi les contraintes rencontrées par les centres décisionnels dans la conduite de la riposte.

Ensuite, et consécutivement à ce qui précède, il analyse la décentralisation dans le secteur de la santé. Il s'agit en fait de chercher à comprendre comment les politiques ou actions

⁹¹ *Ibidem*, 3/4.

⁹² *Idem*.

⁹³ *Idem*.

⁹⁴ Nyenswah, p. 449.

⁹⁵ Nyenswah, p. 447.

⁹⁶ Wagenaar and others, p. 2/26.

nationales ont pu cohabiter avec les politiques ou actions provinciales et locales dans la gestion de la riposte tout en laissant un rôle à jouer aux partenaires extérieurs.

Enfin, les deux aspects sus-évoqués permettent d'analyser la capacité responsive du système de santé congolais en partant de la gestion de la 10^{ème} épidémie de la MVE.

3. Problème et questions de recherche

Il sied de signaler que la présente étude emprunte une démarche hypothético-déductive. Ce faisant, ce point énonce la problématique scrutée en mettant en lumière le problème étudié et les questions posées.

3.1. Problème

Tout d'abord, c'est la première fois que la MVE a sévi dans les trois Provinces précitées. Ces Provinces forment la région la plus peuplée du pays⁹⁷. Elles sont marquées par une forte urbanisation qui est dans certains endroits freinée par des violences qui y règnent depuis l'arrivée du *national army for the liberation of Uganda* (NALU) en 1986 et de l'*allied Defence Forces* (ADF) en 1995. Dans des lieux relativement sécurisés, cette urbanisation est renforcée par ceux qui fuient les coins insécures. Ensuite, elle est survenue quand le personnel médical était en grève. Cela justifierait la déclaration tardive de cette maladie. Enfin, la 10^{ème} épidémie de la MVE en RD Congo est apparue dans la région dans un contexte social, politique suspicieux et sécuritaire délétère. C'est d'ailleurs pour la première fois que la MVE est signalée dans une région insécure. En effet, l'épicentre de cette maladie, c'est-à-dire le Territoire de Beni, connaît une flambée des massacres à répétition des civils depuis le 2 octobre 2014⁹⁸. Toutefois, la milice NALU est présente dans la région depuis les années 1950 d'abord comme mouvement culturel dénonçant la domination des Toro sur les *Konjo*, puis comme mouvement d'opposition au régime de Kampala⁹⁹. En effet, les guerres connues dans cette partie de la R.D. Congo aux conséquences socioéconomiques dévastatrices et la persistance des massacres avaient entamé fondamentalement la confiance entre la population et les pouvoirs publics¹⁰⁰, voire avec les partenaires extérieurs. La

⁹⁷ Babi Mbayi, *Industrialisation aut centrée et développement économique de la République Démocratique du Congo* (Kinshasa: Cellule d'Etudes Economiques et de Planification Industrielle (CEEPI), 1999), p. 136.

⁹⁸ Groupe d'Etude sur le Congo, *Qui sont les tueurs de Beni ?* (New York: Centre de coopération internationale, March 2016), p. 44 (p. 13). Néanmoins, ce rapport situe le début des massacres de Beni au 11 juillet 2013 dans la localité de Kamango. Officiellement, c'est la date du 2 octobre 2014 qui inaugure les carnages de Beni. Le Groupe d'Etude sur le Congo est attachée au centre de coopération de l'Université de New York qui est son financier.

⁹⁹ Roger Kasereka Mwanawavene, 'Dynamiques Locales et Pressions Extérieures Dans La Conflictualité Armée Au Nord-Kivu : Cas Des Territoires de Beni-Lubero' (Université de Gent, 2010), p. 176.

¹⁰⁰ La situation se complexifie davantage lorsque certaines observations pointent du doigt accusateur la complicité directe ou indirecte de certains éléments des FARDC dans cette situation calamiteuse. Cf. Groupe d'Etude sur le Congo, *Op. cit.*, pp. 15-23.

vie devenait de plus en plus intenable. La population locale qui s'attendait à des actions publiques pour mettre fin à cette situation a été déçue à la fois de l'indifférence de l'Etat congolais et de la communauté internationale.

« L'articulation du global et du local »¹⁰¹, qui s'apparente à ce que d'aucuns appellent glocalisation¹⁰², est à nos jours indiscutable en ce sens que certains enjeux, problèmes et solutions locaux se globalisent et cimentent l'interdépendance. Dans ce sens, Sakoba Keita affirme que « face à une crise, les peuples doivent s'entraider, puisqu'aujourd'hui, le danger peut être chez l'un et demain, le même danger peut réapparaître chez l'autre. La solidarité, c'est ce qu'il faut entre les peuples »¹⁰³. Ainsi, ne pouvant pas seuls contenir la MVE et au vu du climat suspicieux qui régnait au moment de l'apparition de la MVE, les efforts des pouvoirs publics congolais ont été appuyés par des partenaires étrangers pour lutter contre cette épidémie. Ce mariage entre les pouvoirs publics et les partenaires extérieurs ne faisait qu'exacerber la méfiance vis-à-vis de ces deux acteurs devenus incontournables dans la lutte contre l'épidémie. Ils se sont heurtés à une résistance communautaire (partielle) soupçonnant non seulement le *business* dans la riposte mais également un autre moyen pour perpétuer les tueries. La société sera clivée entre ceux qui nient et ceux qui acceptent l'existence de la maladie. Même parmi ceux qui acceptent son existence, les uns pensent que c'est une maladie comme toutes les autres ; et les autres estiment qu'elle a été fabriquée pour exterminer la population locale.

Par ailleurs, faisant le parallélisme entre la gestion de la sécurité et celle de la MVE, la population trouvait irrationnel le déferlement des moyens financiers et logistiques rien que pour endiguer Ebola. En fait, aucun acteur étatique ou international ne s'était jamais impliqué courageusement dans le secteur de la santé comme cela a été le cas pendant cette 10^{ème} vague de la MVE. L'Etat congolais et ses partenaires étrangers y étaient quasiment démissionnaires. En effet, la R.D. Congo fait face à « une situation sanitaire et nutritionnelle préoccupante marquée par l'absence d'équité dans l'accès aux services de santé »¹⁰⁴. Aucun accès gratuit aux soins de santé n'est garanti aux Congolais. Ce faisant, le déploiement de moyens logistiques, financiers et humains colossaux débloqués par des partenaires multilatéraux, bilatéraux et des ONG, venus en appui à l'Etat congolais pour lutter contre la MVE, avait suscité des interrogations dans le chef des populations vivant dans des conditions précaires et insécures.

¹⁰¹ Bernard Hours, 'La Santé Unique Ou La Globalisation Du Bien', in *Les Pratiques de Santé Dans Un Monde Globalisé*, by Isabelle Gobatto, Hommes et Sociétés (Paris - Pessac cedex: Karthala - MSHA, 2003), pp. 37-45 (p. 37).

¹⁰² Victor Roudometof and Sarah-Louise Raillard, 'What Is Glocalization?', *Réseaux*, 226-227, 45 (p. 47). La glocalisation se résume dans la maxime de la société japonaise Sony "penser local, agir mondial ; penser mondial, agir local".

¹⁰³ Sakoba Keita, *Ma lutte contre Ebola en République de Guinée* (Paris: l'Harmattan, 2021), p. 66.

¹⁰⁴ Ministère du Plan RDC, « Document de Stratégie de Croissance et de Réduction de la Pauvreté - DSCR 2 » (Kinshasa: Ministère du Plan, octobre 2011), pp. 26-29.

En outre, la population constatait que la prise en charge des malades se faisait en isolement loin du personnel soignant habituel, et que ce sont les étrangers qui sont sur la première ligne de la riposte. Ainsi, la communauté locale s'était montrée plus ou moins indifférente, des groupes armés s'étaient invités soit directement soit par procuration pour avoir leurs comptes et régler des comptes aux supposés profiteurs de la misère locale. En fait, dans certains villages, des groupes armés ont reçu de l'argent de la riposte pour laisser ses équipes travailler librement dans les coins qu'ils contrôlent ou sous leur influence. Nous y reviendrons.

Face à ce climat, les partenaires internationaux de la R.D. Congo s'étaient trouvés dans un dilemme : faut-il céder à la pression locale en renonçant ou faut-il continuer pour sauver des vies humaines contre la volonté d'une certaine opinion locale ? En fait, en vertu du principe de la solidarité interétatique¹⁰⁵, la communauté internationale ne s'est pas désengagée. En effet, comme la guerre, les armes de destruction massive et le terrorisme, Ebola en Afrique avait été décrite comme « une menace pour la paix et la sécurité internationales »¹⁰⁶. Face à une telle menace, la communauté internationale se devait d'intervenir. Ce faisant, la militarisation des activités médicales de la riposte qui sont neutres en période ordinaire ne serait plus à condamner. En cas de menace, toute personne, y compris les agents commis à la riposte, a droit à la sécurité. Particulièrement pour les agents de la riposte, ceux-ci devaient être sécurisés pour qu'ils mènent paisiblement leur mission.

De nos jours, la frontière entre le local et l'international s'est amenuisée avec l'invention de « la notion d'ingérence humanitaire »¹⁰⁷. Ce faisant, « l'influence des facteurs « externes » sur l'ordre politique interne »¹⁰⁸ est quasi-permanente. Dans le cadre de la coopération internationale, des organisations intergouvernementales comme l'ONU se sont engagées à favoriser « la solution des problèmes internationaux dans les domaines économique, social, de la santé publique et autres problèmes connexes »¹⁰⁹. C'est dans cette même lancée que les Gouvernements des Etats membres de l'ONU se sont fixés les objectifs du développement durable en faisant de la santé l'un des problèmes à résoudre d'ici 2030¹¹⁰. Parlant de l'accès à la santé, les parties prenantes à l'Assemblée Générale de l'ONU s'étaient assignées pour mission de « permettre

¹⁰⁵ La coopération internationale, qui est l'expression de la solidarité interétatique, est consacrée par la Charte des Nations Unies à ses articles 1^{er} et 55 parmi les principes et objectifs de cette organisation internationale.

¹⁰⁶ Conseil de Sécurité de l'Organisation des Nations Unies, *Résolution 2177*, 18 September 2014, p. 5 (p. 1). Disponible sur [https://undocs.org/fr/S/RES/2177\(2014\)](https://undocs.org/fr/S/RES/2177(2014)), consulté le 21 mars 2021.

¹⁰⁷ Concept inventé en 1979 par le philosophe français Jean-François Revel et popularisé à la fin des années 1980 par Bernard Kouchner, fondateur de Médecins sans frontières et homme politique français, et par Mario Bettati, Professeur de droit international public. Cf. Delphine Bordier, « Ingérence humanitaire : un débat », in *Graduate institute of Publications*, pp. 133-149.

¹⁰⁸ Aristide R. Zolberg, « L'influence des facteurs "externes" sur l'ordre politique interne », in *Traité de Science politique*, vol. 1 (Paris: PUF, 1985), pp. 567-98.

¹⁰⁹ XXX XXX, 'Charte Des Nations Unies', 1945, p. Article 55, point 2.

¹¹⁰ Peu avant ces ODD, il y avait les OMD (2000-2015).

à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous à tous les âges»¹¹¹. Ce faisant, le pouvoir congolais et ses partenaires ne pouvaient pas abandonner la riposte avant l'éradication effective de la MVE. Les impératifs de la coopération Nord-Sud basée sur la solidarité entre peuples ne pouvaient excuser personne d'avoir laissé la population mourir sans assistance. Comme le risque de propagation de la maladie au niveau planétaire n'était pas à exclure comme c'est le cas avec la COVID-19, l'intervention s'imposait. En fait, la République Démocratique du Congo, recensée parmi les Etats fragiles^{112 113 114}, ne pouvait pas seule éradiquer cette épidémie.

Pendant que les acteurs spéculaient, la maladie ne faisait que se propager. Les débats ou rumeurs sur son existence (ou son déni) et les vaccins qui étaient déjà mis au point depuis l'expérience qui avait frappé l'Afrique de l'Ouest en 2014-2016¹¹⁵ n'avaient pas éradiqué l'épidémie. Le vaccin rVSV-ZEBOV¹¹⁶ était déjà disponible et certaines molécules, dont REGN-EB3 et mAb114¹¹⁷, pour traiter la maladie étaient déjà découvertes, bien qu'étant en phase expérimentale. Dans l'entretemps, les moyens financiers¹¹⁸ étaient mobilisés, au nom de « la solidarité interétatique », pour parer à la menace de propagation de cette maladie au niveau national et international. La mobilisation des moyens, la disponibilité des vaccins pour la prévention et des molécules pour le traitement de la MVE n'ont pas suffi pour stopper et ou éradiquer cette maladie en peu de temps (de trois à six mois). Le nombre de contrées et de personnes touchées par la MVE ne faisait qu'augmenter. Il a fallu près de deux ans pour en arriver à bout. Où se situait alors le problème ?

Ce faisant, il s'agit de répondre à la question principale et aux sous-questions suivantes.

¹¹¹ Assemblée Générale de l'Organisation des Nations Unies, *Document Final Du Sommet Des Nations Unies Consacré à l'adoption Du Programme de Développement Pour l'après 2015* (New York, 25 September 2015), p. 15.

¹¹² XXX XXX, 'Etats fragiles, Population en danger', 3, 2010.

¹¹³ *Etats et sociétés fragiles: entre conflits, reconstitution et développement*, ed. by Jean-Marc Châtaigner and Hervé Magro (Paris: Karthala, 2007).

¹¹⁴ OCDE, *États de fragilité 2020*, États de fragilité (OECD, 2021). <https://doi.org/10.1787/Od344c87-fr>.

¹¹⁵ 11325 personnes avaient péri des suites d'Ebola principalement au Liberia, en Sierra Leone et en Guinée en 2014-2016 (<https://preventepidemics.org/fr/les-epidemies-auxquelles-nous-avons-echappe/ebola/>).

¹¹⁶ Donata Medaglini and Claire-Anne Siegrist, 'Immunomonitoring of Human Responses to the rVSV-ZEBOV Ebola Vaccine', *Current Opinion in Virology*, 23 (2017), 88-94, <https://doi.org/10.1016/j.coviro.2017.03.008>. Ce vaccin a été développé par l'Agence de santé publique du Canada, fabriqué par le groupe américain Merck Shape and Dohme et approuvé par le comité d'Ethique congolais le 20 mai 2018.

¹¹⁷ Anthony FAUCI, Ebola : un traitement efficace à 90 % testé en RDC, NIAID et OMS, 13 août 2019, disponible sur <https://www.bbc.com/afrique/region-49329983> consulté le 15 novembre 2019. REGN-EB3 et mAb114 ont respectivement enregistré 29 % et 34 % de morts. Deux traitements, ZMapp et Remdesivir, ont été retirés des essais car ils se sont avérés inefficaces pour avoir enregistré respectivement 49 % et 53 % de morts.

¹¹⁸ Mélanie Gouby, « En RDC, un meurtre à l'ombre d'Ebola », *Les Jours*, 20 juillet 2020, Episode N° 1. Plus ou moins un milliard de dollars américains, soit 875 millions d'euros, avaient été dépensés dans la riposte.

3.2. Question principale de recherche

Cette étude s'intéresse à l'organisation de la réponse à la MVE par l'Etat congolais et ses partenaires. Elle veut analyser les logiques d'actions et les réactions locales dans la lutte contre le dixième épisode de la MVE. Ainsi donc la question principale de la recherche est la suivante : quels sont les déterminants des logiques d'actions et des réactions locales dans la lutte contre le 10^{ème} épisode de la MVE en République Démocratique du Congo ?

La réponse à cette question nous permettra de poser une nouvelle base à prendre en considération dans la politique générale de lutte contre les épidémies de type Ebola.

3.3. Question secondaire

La question principale est éclaircie par la question secondaire à triple facette ci-après : Quelles sont les logiques d'actions et les réactions locales face à la MVE, à la gouvernance et à la résilience dans la lutte contre le 10^{ème} épisode de la MVE en RDC ?

Ainsi, Cette question secondaire nous permet de comprendre la problématique sous étude en nous basant sur trois piliers (facettes) d'analyse qui sont la maladie, la gouvernance et la résilience dans la lutte contre cet épisode. En fait, cette trilogie permet d'ajouter la dimension population (communautés locales) dans la politique globale de lutte contre les maladies de type Ebola.

A ces questions, une réponse provisoire, appelée hypothèse, pouvant être « corroborée ou falsifiée, [voire] réfutée »¹¹⁹ ou encore nuancée, après confrontation avec les données de terrain, mérite d'être formulée.

4. Hypothèses et opérationnalisation des variables

Il convient de présenter l'hypothèse à la question principale et les hypothèses aux questions secondaires.

4.1. Hypothèse principale

En réponse à la principale question, nous avons pensé que les déterminants des logiques d'actions et des réactions locales dans la lutte contre le 10^{ème} épisode de la MVE en RDC seraient la méconnaissance du milieu par les organisateurs et la méconnaissance de la MVE par la

¹¹⁹ François Dépelteau, *La démarche d'une recherche en sciences humaines: de la question de départ à la communication des résultats*, Méthodes en sciences humaines, 2e éd (Bruxelles [Paris]: De Boeck, 2010), pp. 162, 166 & 167.

population locale. Ainsi, les logiques d'actions et les réactions locales constituent les deux variables dépendantes de cette hypothèse ; la méconnaissance du milieu par les organisateurs de la riposte et la méconnaissance de la MVE sont les deux variables indépendantes.

Les deux variables dépendantes (logiques d'actions et réactions locales) allaient dans deux directions, à savoir : la coopération et la rivalité (l'opposition ou la résistance). Ces deux comportements ont été étudiés, d'une part, parmi les dispensateurs de la santé et, d'autre part, entre les organisateurs de la riposte et les communautés locales.

S'agissant de la variable « logiques d'actions », elle a été scindée en trois dimensions, à savoir : administrative, médicale et humanitaire. Il y a lieu de retenir les sous dimensions ci-après concernant la dimension administration : la multiplicité des acteurs, la coordination de la riposte et systèmes sanitaires parallèles. La sous-dimension « multiplicité d'acteurs » est perceptible à travers leur nature : OIG, ONG, Etat, provinces, villes, territoires, communes, quartiers, groupements, villages, églises, ou autres. La sous-dimension « coordination », quant à elle, nous amène à chercher l'organe qui pilotait la riposte, le mécanisme de collaboration entre intervenants en dépit de leurs natures ou statuts divergents (privés, étatiques ou publics), etc. La sous-dimension « systèmes sanitaires parallèles » a mobilisé les indicateurs ci-après : système médical ordinaire, système de riposte et interaction entre les deux. La dimension médicale a mobilisé les indicateurs ci-après : communication sur les conditions d'essais cliniques des vaccins et molécules de traitement, traque des malades et suspects dans la communauté, etc. Enfin, la dimension humanitaire a mobilisé les deux sous-dimensions ci-après : durée et principes des actions humanitaires. La durée renvoie au court-terme et à l'urgence des actions humanitaires. Quant à la dimension « principes des actions humanitaires », les indicateurs ci-après sont à retenir : la neutralité, la proximité, le bénévolat, l'universalité de la souffrance, l'impartialité, etc.

Concernant la variable réactions locales, celle-ci est compartimentée, suivant l'orientation des réactions, en deux pôles (ou dimensions) qui sont : la coopération et la résistance.

Le pôle « coopération » a été scindée en cinq sous-dimensions qui sont les volets ressources humaines, logistique, médical, politique et anthropologique. Ces sous-dimensions méritent, à leur tour, d'être rendues opérationnelles grâce à des indicateurs et ou indices. Le volet ressources humaines renvoie aux indicateurs et ou indices ci-après : provenance des agents ayant travaillé dans la riposte, l'image des critères d'embauche, le mode de recrutement, le traitement salarial, etc. Le volet logistique renvoie à la provenance des véhicules et autres matériels utilisés, l'identité des propriétaires des concessions ayant accueilli les activités de la riposte, le transport des vaccins et autres produits médicaux comme indicateurs et ou indices. Le volet médical réfère à la population attendue à la vaccination et la population vaccinée, vaccination volontaire, dépistages volontaires, acceptation des « swabs » ou écouvillons sur les personnes décédées, etc.

Le volet politique renvoie à l'accompagnement des activités de la riposte par les autorités politico-administratives et d'autres politiciens. Cela se manifesterait par la diffusion des messages en faveur de la riposte dans des radios, l'organisation des *meetings* populaires, visites dans des CTE, rencontres avec des soignants et la coordination, rumeurs populaires, etc. Le volet anthropologique a été exploré également. Il s'agissait de voir s'il y a eu par exemple des sacrifices rituels offerts en vue de la finition de la MVE.

Le pôle « résistance » comprend deux sous-dimensions qui sont la résistance active et la résistance passive. La résistance active comprend deux indicateurs, à savoir : actions violentes et les actions non violentes. Les actions violentes sont perceptibles à travers les indices ci-après : attaque de convois et équipes de la riposte ; vandalisme et incendies des CTE, structures sanitaires et engins de la riposte ; attaques des maisons privées et meurtres des agents commis ou associés à la riposte, etc. Quant aux actions non violentes, il y a lieu de relever les indices suivants : manifestations pacifiques contre la riposte, discours de déni ou sur l'origine politisée de la MVE, désinformation et propagation des rumeurs, journées sans activités¹²⁰, refus de décontamination des ménages, refus de prélèvement des « swabs » sur les *de cujus*, refus du paquet alimentaire et des habits après guérison ou après vaccination, refus ou forcing de se rendre dans des CTE et CT, etc. La seconde sous-dimension de la résistance est la résistance passive. Les indicateurs suivants permettent de matérialiser cette dernière : l'humour populaire (annexe 13) et la dépréciation de gens au pouvoir, l'évitement, le déplacement ou la fuite des malades ou personnes suspectes, recours à certains tradipraticiens et autres guérisseurs, etc.

Enfin, les deux variables indépendantes « méconnaissance de la région de Beni-Butembo par les organisateurs et méconnaissance de la MVE par la population » méritent d'être opérationnalisées. Cette double méconnaissance peut prendre deux dimensions : la méconnaissance théorique et la méconnaissance pratique. Ce faisant, celles-ci peuvent mobiliser les éléments ci-après en termes d'indicateurs, voire d'indices : première apparition dans la contrée, première riposte de cette ampleur dans la région, maladie sans signes exclusifs à ses débuts, décision unilatérale, du copier-coller des mesures prises ailleurs, lien causal entre l'apparition de la MVE et la faillite de l'Etat, soupçons de perpétuer les massacres, modes opératoires en contradiction avec les habitudes locales dans l'administration des soins de santé (recherche des malades, cohorte de véhicules, etc.), rumeurs de diabolisation, main d'œuvre allochtone et allophone, perception locale de l'argent, etc.

¹²⁰ « Journées ville morte » que la population oppose à une politique ou à une décision qu'elle récuse.

4.2. Hypothèse secondaire

Étant donné que l'hypothèse secondaire ne fait que compléter l'hypothèse principale, nous ne la détaillons pas ici pour éviter des redites. Ainsi, la question secondaire a mobilisé deux hypothèses.

Primo, les logiques d'actions seraient la maîtrise rapide de la MVE et la sécurisation des équipes déployées sur le terrain. Pour cela, les organisateurs de la riposte auraient mis en place un mode opératoire adapté à la menace (MVE) et un dispositif sécuritaire adapté à l'environnement général de la région de Beni-Butembo.

Secundo, les réactions locales seraient le discours suspicieux des logiques d'actions mises en place et le doute sur l'existence de la MVE. Ceci aurait occasionné la mobilisation des mécanismes de résilience au sein des communautés locales pour faire fléchir et adapter les logiques d'actions mises en place.

5. Méthodologie

Cette étude se propose de rechercher les données qualitatives et quantitatives tout en privilégiant les premières.

En effet, la méthodologie renvoie à la manière dont la récolte, le traitement et l'analyse des données ont été effectuées. Avant d'y arriver, il nous a semblé nécessaire de présenter d'abord l'analyse systémique et l'approche socio-anthropologique dans lesquelles le modèle d'analyse¹²¹ de cette étude a été inscrite.

5.1. Approches analytiques

Deux approches ont inspiré ce travail, à savoir : le systémisme et la socio-anthropologie.

5.1.1. Le systémisme

Notre modèle d'analyse a mobilisé un certain nombre de concepts dont action, activité, réaction, contre-réaction, *feedback*, acteur, communication, rapport. Ces concepts relèvent du systémisme. Ce dernier est qualifié par les uns et les autres tantôt de méthode, tantôt de théorie, de modèle ou d'approche. Bien que différents, ces concepts sont interdépendants ou

¹²¹ Luc Van Campenhoudt, Jacques Marquet, and Raymond Quivy, *Manuel de recherche en sciences sociales*, 5e éd. entièrement revue et augmentée (Malakoff: Dunod, 2017), p. 382. Le modèle d'analyse renvoie à un ensemble de concepts (avec leurs dimensions et indicateurs) et d'hypothèses qui sont articulés entre eux pour former ensemble un cadre cohérent en vue de l'explication ou de la compréhension d'un phénomène social.

complémentaires. Ainsi, parlant de Talcott Parsons dont l'approche structuro-fonctionnelle est devenue systémique, Roger-Gérard Schwartzenberg stipule que :

dans ce nouveau modèle, la notion de fonction est dissociée de celle de structure pour être associée à celle de système. Ce qui donne à l'approche fonctionnelle un caractère plus général et plus dynamique. Désormais, celle-ci s'intègre au modèle systémique à la manière d'une logique ou d'un langage. Elle sert cette méthodologie plus large, cette analyse systémique de l'action¹²².

Cette citation illustre les différentes qualifications attribuées au systémisme. Quelle que soit la qualification lui attribuée, ce qui nous a intéressé, à ce stade du travail, c'est l'arsenal conceptuel qu'il mobilise. En fait, l'analyse systémique est « toute recherche, théorique ou empirique, qui part du postulat que la réalité sociale présente les caractères d'un système, pour interpréter et expliquer les phénomènes sociaux par les liens d'interdépendance qui les relient et qui les constituent en une totalité »¹²³. Autrement dit, le systémisme véhicule l'idée « qu'un système réagit globalement, comme un tout, aux pressions extérieures et aux réactions de ses éléments internes »¹²⁴. Par ailleurs, le concept système est à la base du systémisme. Il convient de le définir. En effet, un système peut être défini comme « un ensemble d'éléments identifiables, interdépendants, c'est-à-dire liés entre eux par des relations telles que, si l'une d'elles est modifiée, les autres le sont aussi et par conséquent tout l'ensemble du système est modifié et transformé »¹²⁵. Il peut également se définir comme « un ensemble d'interactions privilégiées entre des éléments, des acteurs ou des groupes d'acteurs et leurs produits : effets, actions, processus »¹²⁶.

En effet, à propos du systémisme, Talcott Parsons pose un postulat fondamental selon lequel « l'action humaine présente toujours les caractères d'un système...Le système d'action, c'est essentiellement l'organisation des rapports d'interaction entre l'acteur et sa situation »¹²⁷. Selon cet auteur, le système général¹²⁸ de l'action se subdivise en quatre sous-systèmes constituant chacun, à son tour, un système. Ainsi, à chaque système d'action correspond une fonction élémentaire, appelée prérequis fonctionnel¹²⁹ ou impératif fonctionnel¹³⁰ auquel « un système doit faire face *in abstracto* afin de survivre et de se

¹²² Roger-Gérard Schwartzenberg, *Sociologie Politique*, 5ème édition (Paris: Montchrestien, 1998), p. 87.

¹²³ *Ibidem*, 81.

¹²⁴ *Idem*.

¹²⁵ Jean-Claude Lugan, *La systémique sociale*, Que sais-je ?, N°2738, 5e éd. mise à jour (Paris: Presses universitaires de France, 2012), p. 34.

¹²⁶ *Ibidem*, 38.

¹²⁷ Talcott Parsons cité par Schwartzenberg, p. 88.

¹²⁸ Cf. L. Von Bertalanffy, "General System Theory", in *General Systems*, vol. I, 1956.

¹²⁹ R-G. Schwartzenberg, *Op. cit.*

¹³⁰ Jean-Claude Lugan, *Op. cit.*, 58-60.

développer »¹³¹. Ainsi, le sous-système biologique assure principalement la fonction d'adaptation, le sous-système psychique remplit la fonction de définir les objectifs de l'action et de les poursuivre, le sous-système social joue la fonction d'intégration des acteurs au groupe social ou à la société, et le sous-système culturel assure la fonction du maintien du modèle culturel de la société considérée en termes des valeurs, normes, croyances¹³². Les deux premiers sous-systèmes consacrent les rapports du système avec son environnement externe, et les deux derniers concernent les rapports du système avec son environnement interne¹³³.

Prenant spécialement pour modèle la théorie économique de Léontieff, Parsons pense que l'échange entre les systèmes (sous-systèmes) se fait en termes d'input-output. Ainsi, « chaque système reçoit des trois autres des éléments, des facteurs de production (inputs) qui sont essentiels à son fonctionnement ; il leur offre en retour des produits (outputs) de son activité »¹³⁴. Les *inputs* sont constitués des exigences (revendications, protestation, marches de colère) et des soutiens. Les *outputs* sont constitués des décisions et des actions. Enfin, le fonctionnement d'un système dépend de ses propres *outputs* par le processus de rétroaction. Ainsi, David Easton, abordant la notion de « boucle de rétroaction », note que : « les *outputs* peuvent modifier les influences qui continuent d'agir sur les *inputs* et, de cette façon modifier les prochains flux d'*inputs* eux-mêmes »¹³⁵.

Au regard de ces éléments théoriques, il y a lieu de retenir ce qui suit concernant notre sujet d'étude. La situation caractéristique de ce dernier est la 10^{ème} épidémie d'Ebola en République Démocratique du Congo. En effet, les communautés locales et d'autres acteurs ont été mobilisés autour de l'action posée par les équipes de la riposte. Cette action (*output*) provenant de la boîte noire (centre décisionnel de la riposte) aurait suscité des réactions (*inputs*) de la part de la population locale. L'on pourrait aussi imaginer que les pays contributeurs réagiraient pour voir de quelle manière leurs fonds sont gérés localement. En réponse à ces réactions, la boîte noire aurait posé des actions en termes de contre-réactions ou d'effets retour (*feedback* ou rétroaction) pour s'adapter au et s'intégrer dans le milieu local touché par l'épidémie. Ce cycle d'interactions aurait maintenu un flux continu de communication et d'interaction entre les prestataires et les bénéficiaires des services de la riposte jusqu'à la fin de ladite épidémie. Au même moment, la boîte noire du système de la riposte aurait connu en son sein des exigences internes que nous pouvons appeler *withinputs* auxquelles elle aurait eu à faire face. Cela étant, la gouvernance de la réponse au 10^{ème} épisode d'Ebola, comprise comme

¹³¹ Daniel-Louis Seiler, *La méthode comparative en science politique*, (Paris: Dalloz & Armand Colin, 2004), 72.

¹³² *Ibidem*, 52-54.

¹³³ Roger-Gérard Schwartzberg, *Op. Cit.*, 89.

¹³⁴ *Ibidem*, 91.

¹³⁵ David Easton, *A Systems Analysis of Political Life*, 2^{ème} édition (New York, 1967), p. 32.

un système constitué de quatre sous-systèmes précités, aurait fait face aux quatre fonctions précitées de la part de différents acteurs collectifs ou individuels concernés.

Par ailleurs, deux sous-systèmes sociaux (congolais et international, voire transnational) se sont entrechoqués dans la lutte contre le dixième épisode d'Ebola. Le sous-système social "congolais" est basé sur une (ré)intégration des acteurs à la société permettant aux malades de suivre des rythmes de soins adaptés aux maladies connues traditionnellement et à quelques maladies modernes apportées par la mondialisation. Le sous-système social "international" est basé sur la réintégration des acteurs malades dans la société qui passe par un examen médical et une certification par les normes médicales internationales. Ces deux sous-systèmes sociaux sont fortement reliés aux deux systèmes culturels. Le système culturel "congolais" serait basé sur la méfiance vis-à-vis des envahisseurs avec recours aux tradipraticiens sur le plan social. Le système culturel "international" est basé sur des principes d'efficacité et d'efficience. Les faits développés dans les chapitres pourront montrer que les chocs « sociaux » aboutiraient à la non-intégration des mondes « culturels ».

Ce faisant, il sied d'explorer l'approche socio-anthropologique pour comprendre ces chocs des cultures dans la société affectée par le dixième épisode d'Ebola.

5.1.2. L'approche socio-anthropologique

Les relations entre la sociologie et l'anthropologie « remontent à la naissance de l'une et de l'autre qui se joue sur fond d'une compétition ouverte en vue d'être la discipline propre à expliquer les faits sociaux dans leur totalité »¹³⁶. La première s'intéresse à la vie en société et la seconde à la culture afin de comprendre le « « fait humain » de manière à rendre compte de la totalité qu'exprime sa forme »¹³⁷. Edward Burnett Tylor définit la *Culture* ou *civilisation* comme « ce tout complexe qui comprend la connaissance, les croyances, l'art, la morale, le droit, les coutumes et les autres capacités ou habitudes acquises par l'homme en tant que membre de la société »¹³⁸. Pour sa part, le concept société désigne, en sociologie, « l'état des hommes qui vivent en groupe et entre lesquels se nouent des liens suffisamment durables pour « qu'ils soient plus et autre chose que ce que sont les hommes eux-mêmes » »¹³⁹.

Concernant l'utilisation du concept culturalisme, J.P. Olivier De Sardan nous appelle à la prudence. Selon lui, « le culturalisme est devenu désormais une des principales menaces dans

¹³⁶ Jacques Hamel, 'La socio-anthropologie, un nouveau lien entre la sociologie et l'anthropologie', *Socio-anthropologie*, 1, 1997, p. 1, <https://doi.org/10.4000/socio-anthropologie.73>.

¹³⁷ *Ibidem*.

¹³⁸ Denys Cuche, *La notion de culture dans les sciences sociales* (La Découverte, 2016), p. 18, <https://doi.org/10.3917/dec.cuche.2016.01>.

¹³⁹ Jacques Hamel, *Op. cit.*

la quête de rigueur anthropologique »¹⁴⁰. Néanmoins, il conseille de ne pas jeter le concept de culture « avec l'eau du bain culturaliste »¹⁴¹. En effet, comme le schéma culturaliste renvoie à « l'explication par les normes et les valeurs »¹⁴², Olivier De Sardan conseille d'utiliser le concept de culture dans son acception minimaliste et mesurée. Ainsi, doit-il être utilisé « pour décrire un ensemble de représentations et / ou de comportements significativement partagés par un ensemble défini d'acteurs sociaux dans un contexte donné »¹⁴³. De poursuivre, « si l'on s'éloigne de cet usage pragmatique et inévitable de « culture », on dérive vite vers un usage idéologique, qui le charge de malentendus, de facilités et de surinterprétations, et projette une série de préconceptions sur l'objet étudié »¹⁴⁴. En dépit de cette crainte, « la notion de culture est inhérente à la réflexion des sciences sociales. Elle leur est nécessaire en quelque sorte pour penser l'unité de l'humanité dans la diversité... Elle semble fournir la réponse la plus satisfaisante à la question de la différence entre les peuples »¹⁴⁵. Ceci vient en réponse à la réflexion de Stephen Lukes, émise depuis 1974, qui considère que le mot « culture » cache des enjeux de pouvoirs et toute lutte prétendument culturelle est en fait une lutte de pouvoir¹⁴⁶.

Ainsi donc, « le terme socio-anthropologie¹⁴⁷ désigne finalement un recouvrement, voire une fusion, des deux disciplines »¹⁴⁸. En fait, Jean-Pierre Olivier De Sardan postule que la socio-anthropologie est une réponse à plusieurs préoccupations qu'il résume en ces termes :

D'une part, il s'agit de souligner que la sociologie et l'anthropologie ont largement en commun leurs objets, leurs postures et leurs problématiques. On doit, d'autre part, y voir un souci de libérer l'anthropologie de ses pesanteurs et dérives exotiques. Enfin, et surtout, nous revendiquons par cette expression un double héritage méthodologique convergent : celui de l'ethnologie (...), aujourd'hui appelée anthropologie, et celui de l'école de Chicago (...), laquelle a développé de son côté une sociologie de terrain très proche des méthodes ethnographiques, dite parfois sociologie « qualitative », au cœur même de la société américaine moderne. D'une certaine façon, c'est l'école de Manchester qui a le mieux unifié ces deux traditions dans les années 1950-1960, en menant en Afrique australe des études bien connues, qui innovaient par rapport aux thèmes de l'ethnologie africaniste

¹⁴⁰ Jean-Pierre Olivier de Sardan, *La Rigueur Du Qualitatif: Les Contraintes Empiriques de l'interprétation Socio-Anthropologique*, Anthropologie Prospective, no 3 (Louvain-La-Neuve: Academia-Bruylant, 2008), p. 32.

¹⁴¹ *Ibidem*. Avec le culturalisme, toutes les représentations importantes (pertinentes) et tous les comportements importants (pertinents) d'un groupe social (à base linguistique ou « ethnique » dans l'ethnologie classique) deviennent nécessairement partagés : c'est pourtant un problème de recherche empirique que de savoir quelles représentations et quels comportements sont partagés et lesquels ne le sont pas.

¹⁴² *L'ethnométhodologie: Une Sociologie Radicale: Colloque de Cerisy*, ed. by Michel de Fornel, Albert Ogien, and Louis Quéré, Collection 'Recherches' (Paris: Découverte, 2001), p. 63.

¹⁴³ Olivier De Sardan, *Op. cit.*

¹⁴⁴ *Idem*.

¹⁴⁵ Denys Cuhe, *Op. cit.*, p. 5.

¹⁴⁶ Steven Lukes, *Power: A Radical View*, Third edition (London: Red Globe Press, 2021).

¹⁴⁷ Utilisé pour la première fois par les durkheimiens.

¹⁴⁸ Salvador Juan, 'La « socio-Anthropologie » : Champ, Paradigme Ou Discipline ? Regards Particuliers Sur Les Entretiens de Longue Durée Ou d'observation Salvador Juan', *Bulletin de Méthodologie Sociologique*, 87, 2005, pp. 1-2, <http://journals.openedition.org/bms/869>.

(...), mais aussi en entreprenant une série d'enquêtes de longue durée dans des usines anglaises¹⁴⁹.

Enfin, la socio-anthropologie s'intéresse à ce que Bouvier nomme « l'autoscopie de Soi et des Autres »¹⁵⁰. Il s'agit de tenter de comprendre comment les individus et les populations s'auto-identifient. Ce « regard porté sur soi-même » doit abolir la distance ethnocentrique par laquelle l'observateur travestit souvent la culture de l'observé. C'est non seulement le journal du chercheur mais aussi toutes les productions par lesquelles l'agent s'exprime en l'absence de l'observateur : écrits (lettres, poèmes, manuscrits divers, etc.) objets construits, créations artistiques. L'autoscopie peut également être collective : tracts, journaux, productions diverses, ce que Bouvier nomme des « ensembles populationnels cohérents »¹⁵¹. Ainsi, le socio-anthropologue sera spécialement attentif aux mouvements qui dynamisent la société : les phénomènes émergents, souterrains, extra-institutionnels d'une part (qui peuvent aussi relever d'une mémoire collective en latence) et, d'autre part, les rapprochements plus ou moins « abrasifs » ou les construits d'action collective (dits « pratico-heuristiques »). En d'autres termes, les sédimentations collectives et les marges de l'institué seraient au cœur de cette « nouvelle démarche »¹⁵².

Cette approche socio-anthropologique nous a permis de découvrir les dits et les non-dits ayant trait à l'organisation de la riposte contre la 10^{ème} épidémie de la MVE et les réactions que cette organisation a suscité dans les milieux affectés.

Le modèle d'analyse étant déjà justifié par ces deux approches, le présent travail a été réalisé grâce aux données recueillies sur terrain.

5.2. Récolte des données

La récolte des données de terrain requiert des méthodes appropriées et des outils y afférents afin d'obtenir les données pouvant corroborer ou réfuter l'hypothèse formulée. Ce point recense les techniques de récolte des données et montre comment elles ont servi dans cette étude. Il s'agit des techniques suivantes : l'entretien semi-directif, le questionnaire, le récit de vie, l'observation, la technique documentaire et la méthode ECRIS (Enquête Collective Rapide d'Identification des conflits et des groupes Stratégiques).

¹⁴⁹ Olivier de Sardan, pp. 37–38.

¹⁵⁰ P. Bouvier, *La Socio Anthropologie* (Paris: Armand Colin, 2002). Bouvier P., Perspective pour une socio-anthropologie du travail, Sociétés n° 2, 1984.

¹⁵¹ *Ibidem*.

¹⁵² Salvador Juan, *Op. cit.*, p. 3

5.2.1. Les entretiens semi-directifs

Nous avons recouru aux entretiens semi-directifs pour comprendre l'organisation et le fonctionnement de la riposte. Sur ce, nous nous sommes entretenu avec des responsables et agents directs de la riposte ainsi que des médecins directeurs et des administrateurs gestionnaires, voire des comptables des hôpitaux de la région de Beni-Butembo et Lubero. Ces entretiens se sont déroulés de mars à novembre 2020. Pour mener à bien ces entretiens, un guide d'entretien a été conçu (annexe 1). Son mode d'administration était indirect¹⁵³. Les informations recueillies étaient de nature à nous procurer les données empiriques essentiellement qualitatives. Ces informations ont essentiellement permis d'écrire les deuxième et troisième sections de la deuxième partie et le dernier chapitre de la troisième partie de ce travail.

Ces entretiens ont été soutenus le questionnaire.

5.2.2. Le questionnaire et l'échantillonnage volontaire ou spontané

Nous avons conçu trois questionnaires (ou semi-questionnaires) que nous avons soumis à trois catégories d'informateurs, à savoir : les « vainqueurs »¹⁵⁴ d'Ebola, le personnel soignant (médecins, infirmiers et ou laborantins) et les membres de la communauté locale (pasteurs, prêtres, étudiants, enseignants, cultivateurs, politiciens, commerçants, chômeurs, activistes au sein des groupes sociaux, etc., bref, toute cette mosaïque de la population de la région sous étude hormis les soignants et les survivants d'Ebola). La forme finale de ces questionnaires (ou semi-questionnaires) est passée par trois étapes. La première a consisté à concevoir les questions ouvertes qui ont été soumises à trente personnes à titre de préenquête. Les réponses de ces personnes nous ont permises de passer à la deuxième étape qui a consisté à enrichir les questions proposées au départ et à constituer les modalités ou catégories de réponses. Ce qui a fait que les questionnaires soumis aux enquêtés comprenaient des questions ouvertes (aucune réponse proposée), fermées (oui ou non) et ou à éventail (réponses proposées avec possibilité pour l'enquêté d'y ajouter une ou plusieurs autres réponses à part celles qui étaient déjà prédéfinies sur base de la préenquête). La troisième étape, intervenue lors du dépouillement, a permis de constater que les répondants ont rajouté ou réenrichi les modalités des réponses aux questions à éventail soumises lors de l'enquête proprement dite. Cette évolution montre qu'à chaque étape correspond un type de questionnaire particulier. Ainsi, deux questionnaires et les données brutes indicatives, pour chaque catégorie d'interviewés, sont en annexe de ce travail (cf. annexes 2 à 9).

¹⁵³ Le mode d'administration indirect est celui par lequel le chercheur se trouve dans un face-à-face avec son enquêté afin de recueillir les éléments en rapport avec son étude. Le chercheur écrit les éléments fournis par son informateur.

¹⁵⁴ Les « vainqueurs » d'Ebola ce sont les personnes guéries d'Ebola ou les survivants d'Ebola.

L'administration du questionnaire était tantôt directe tantôt indirecte¹⁵⁵. Le choix dépendait de la disponibilité de l'informateur. Ce faisant, nous avons recouru à l'échantillonnage volontaire ou spontané¹⁵⁶. Concernant la soumission du questionnaire, les enquêteurs ont approché la population-cible pour recueillir les informations auprès de ceux qui ont accepté d'y répondre. L'appartenance aux communautés locales, au personnel soignant et au groupe des « vainqueurs » d'Ebola était le critère principal de sélection de l'informateur. Les questionnaires soumis à ces trois strates identifiées contiennent aussi bien des questions fermées que des questions ouvertes. Ce faisant, le dépouillement de ces questionnaires a permis d'obtenir les données qualitatives qui ont été quantifiées pour expliquer la réalité sous étude. Des difficultés liées à ce que Lucie Gélinau *et al.* appellent « acteurs profanes »¹⁵⁷ ont fait que, au *finish*, sur les 800 protocoles d'enquête imprimés, 204 membres de la communauté, 165 soignants et 43 « vainqueurs », soit un total de 412 personnes, ont répondu à notre sollicitation.

Les données récoltées grâce à la technique du questionnaire ont essentiellement permis de rédiger les deuxième et troisième chapitres de la deuxième partie ainsi que les trois premiers chapitres de la troisième partie. Et pour comprendre la situation particulière des « vainqueurs » de l'Ebola, le récit de vie a été utile à cette étude.

5.2.3. La technique boule de neige et le récit de vie

D'une manière particulière, nous avons recouru à la méthode boule de neige pour atteindre les « vainqueurs » d'Ebola. En fait, la suite de la recherche dépendait du repérage d'un « vainqueur » pour en atteindre d'autres. Néanmoins, même parmi ceux qui ont été identifiés, peu ont accepté de répondre à notre questionnaire. C'est ce qui justifie le nombre inférieur de ceux-ci par rapport aux autres strates interrogées.

Par ailleurs, pour comprendre certaines situations particulières traversées par certaines catégories dont les survivants d'Ebola appelés « vainqueurs », nous avons recouru au récit de vie qui « décrit à la fois la vie intérieure du narrateur, mais aussi ses contextes sociaux traversés »¹⁵⁸. Tout proche du récit de vie, l'histoire immédiate est un terme couramment utilisé qui s'applique principalement à l'actualité la plus récente¹⁵⁹. Sur ce, outre les questions d'ordre général, le questionnaire destiné aux « vainqueurs » de l'Ebola (cf. annexes 5 à 7) contient des questions

¹⁵⁵ Indirecte parce que l'informateur complétait lui-même ses réponses ; directe parce que c'est le chercheur qui complétait les réponses de son informateur.

¹⁵⁶ Olivier Martin, *L'analyse quantitative des données*, 128, 5e éd (Malakoff: Armand Colin, 2020), p. 23.

¹⁵⁷ Lucie Gélinau, Émilie Dufour, and Micheline Bélistle, 'Quand recherche-action participative et pratiques AVEC se conjuguent : enjeux de définition et d'équilibre des savoirs', *Recherches Qualitatives*, Hors Séries, 13, 2012, 35–54 (p. 36).

¹⁵⁸ Daniel Bertaux, *Le Récit de Vie*, Armand Colin (Paris, 2010).

¹⁵⁹ Dictionnaires et Encyclopédies sur 'Academic', disponible sur <https://fr-academic.com>, consulté le 7 décembre 2021.

spécifiques. Celles-ci permettent aux « vainqueurs » de raconter ce qu'ils ont vécu dans les centres de traitement d'Ebola et qui pourra aider à comprendre le bien-fondé de certaines réactions enregistrées au sein des communautés locales.

Par ailleurs, le récit de vie a été aussi appuyé par l'observation en ce sens que celle-ci nous a permis de découvrir certaines réalités que peut-être nous prendrions comme des simples rumeurs.

5.2.4. L'observation participante

Des observations en amont comme en aval et pendant la réponse ont aidé à obtenir certaines informations. Étant nous-même membre de la communauté affectée, nous avons été témoin direct de certains faits et événements liés à la réponse à la 10^{ème} vague de la Maladie à virus Ebola (MVE). Par exemple, c'est pendant que je me faisais vacciner en décembre 2018 que je m'étais rendu compte que les vaccinateurs parlaient aux paysans en français, anglais et lingala, langues moins connues dans le milieu et parlées par les gens qui ont fait de longues études. Un guide d'observation (annexe 12), en fonction des indicateurs répertoriés, a été conçu pour une observation fouillée cadrant avec les objectifs de la recherche.

Les données reçues de ces observations ont appuyé les données issues des techniques précédentes dans la constitution de deux dernières parties de ce travail. Des documents ont également été utilisés.

5.2.5. La technique documentaire

Nous avons recouru aux documents écrits (cf. bibliographie), audio-visuels et à des images des équipes de la riposte, de la presse, des scientifiques et autres (cf. annexes 14-16) pour avoir des données empiriques et théoriques relatives à notre objet de recherche. Ainsi, l'introduction et la première partie de cette étude ont essentiellement été constituées grâce à cette technique documentaire.

5.2.6. La méthode Enquête Collective Rapide d'Identification des conflits et des groupes Stratégiques (ECRIS)

Sur le terrain, nous nous sommes laissé guider par la méthode ECRIS. En effet, trois mots-clés résument sa démarche : « conflit, arène, groupe stratégique »¹⁶⁰. Cette méthode repose sur le postulat selon lequel « un village est une arène, traversée de conflits, où se confrontent divers

¹⁶⁰ Jean-Pierre Olivier De Sardan, 'L'enquête Socio-Anthropologique de Terrain : Synthèse Méthodologique et Recommandations à Usage Des Étudiants', LASDEL, 13, 2013, p. 22.

"groupes stratégiques" »¹⁶¹. L'équipe d'enquêteurs (cf. annexe 13 sur la note méthodologique), déployée sur le terrain, a contacté les groupes stratégiques (communauté, soignants et « vainqueurs ») en vue de déceler les contradictions et les convergences relatives au 10^{ème} épisode de la MVE dans la région de Beni-Butembo, appelée « Grand-Nord ».

Les données une fois récoltées au moyen d'une enquête de terrain ont été traitées, analysées et discutées.

5.3. Traitement et analyse des données

Quant au traitement des données issus des questionnaires, nous avons recouru au traitement manuel et au logiciel Sphinx. Grâce à ce dernier, les fréquences, les tableaux de contingence et le test Chi-deux ont pris forme.

Concernant l'analyse des données, nous avons d'abord recouru à l'analyse de contenu. Celle-ci est un outil qui « consiste à soumettre les informations recueillies à un traitement méthodique,...les regrouper par thèmes pertinents selon les hypothèses, les comparer les unes aux autres et les mettre en relation, ou encore les organiser selon une structure qui leur donne sens »¹⁶². C'est donc l'analyse de contenu qui nous a permis de donner sens aux discours obtenus du terrain. En effet, elle indique un double objectif : « d'un côté, elle tente de dégager la signification de l'énoncé pour l'émetteur, c'est-à-dire sa *subjectivité*, de l'autre côté, elle cherche à établir la pertinence pour le récepteur, à savoir son *objectivité* »¹⁶³. Ainsi, l'analyse de contenu thématique nous a permis «, par l'entremise des thèmes, [de] dégager un portrait d'ensemble d'un corpus »¹⁶⁴. Les thèmes, une fois identifiés, ont été quantifiés selon leurs fréquences afin, grâce à la triangulation, d'identifier ceux qui ont été déterminants.

Nous avons ensuite utilisé l'analyse actancielle en ce sens qu'elle s'intéresse aux rôles des acteurs et aux relations qui existent entre eux. Le schéma ci-après nous a permis d'identifier les acteurs impliqués dans la riposte.

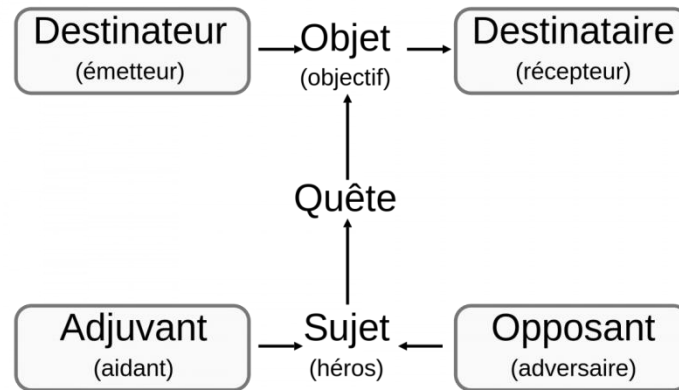
¹⁶¹ *Ibidem*.

¹⁶² Luc Van Campenhoudt, Jacques Marquet, and Raymond Quivy, *Manuel de Recherche En Sciences Sociales*, 5ème (Paris: Dunod, 2017), pp. 298–99.

¹⁶³ Lilian Negura, 'L'analyse de contenu dans l'étude des représentations sociales', *SociologieS*, Theory and research, 2006, 17 (p. 17).

¹⁶⁴ Pierre PAILLE and Alex MUCCHIELLI, *L'analyse Qualitative En Sciences Humaines et Sociales*, U, 5ème (Paris: Armand Colin, 2021), p. 19.

Figure N° 1 : Analyse Mactor



Source : Harold Dwight Lasswell, *Propaganda Technique in the World War* (New York: Knopf, 1927).

En effet, ces différents types d'acteurs étaient sur terrain pendant la période de la gestion de la 10^{ème} vague de la MVE. L'analyse MACTOR nous a permis de bien visualiser ou déceler les rôles et les relations qui existaient entre les différents acteurs.

En outre, la triangulation des sources nous a aidé à dégager les idées prépondérantes. Pour valider une information, nous ne nous sommes pas contenté d'une seule source. C'est pourquoi nous avons recoupé les informations par plusieurs sources, indépendantes les unes des autres. La pertinence, la crédibilité et la fiabilité des données ont dépendu du statut de l'enquêté. En effet, il faut distinguer le témoin direct du témoin indirect. Le premier est celui qui a soit participé ou assisté à l'action au moment de son déroulement. Le témoin indirect est celui qui a reçu l'information soit auprès d'un témoin direct (1^{er} degré), ou auprès d'un autre témoin indirect (2^{ème} degré).

Enfin, la question de la fiabilité et de la crédibilité de l'information reçue a été également décortiquée grâce à la méthode de la critique historique. Un peu comme dans le modèle de communication développée par Lasswell¹⁶⁵, la critique historique est un procédé consistant à s'interroger sur la situation des informateurs. Il s'agira de savoir : Qui parle ? D'où parle-t-il ? Quel est son intérêt ? Quelle est sa vision du monde ? En quoi sa vision du monde biaise son regard sur le monde ? En quoi son intérêt construit sa représentation ? Plus précisément, il s'agissait de vérifier si les récits ou narratifs recueillis « de source diverse sont concordants sur tous les points essentiels »¹⁶⁶ qui ont caractérisé la gestion du dixième épisode d'Ebola. Sur ce, nous nous sommes rendu sur « le[s] lieu[x] où les faits se sont passés »¹⁶⁷ pour interroger les

¹⁶⁵ Harold Dwight Lasswell, *Propaganda Technique in the World War* (New York: Knopf, 1927). Lasswell développe le paradigme de 5Q : « Qui dit quoi par quel canal à qui et avec quel effet ? ».

¹⁶⁶ Adolphe Tardif, *Notions Élémentaires de Critique Historique* (Saint-Pair, 1883), p. 26.

¹⁶⁷ *Ibidem*, p. 24.

témoins directs et indirects. Certains protocoles d'enquête dont les enquêtés ont été jugés complaisants ont été écartés du matériau à traiter.

5.4. Discussion des résultats

Une fois récoltées, traitées et analysées, les données présentées ont été par la suite expliquées « dans le contexte de l'étude et à la lumière des travaux antérieurs »¹⁶⁸. C'est à ce niveau qu'est intervenue la méthode comparative. Elle nous a permis de bien discuter les résultats de notre recherche en les confrontant aux épidémies précédentes dans le pays et à ce qui avait été trouvé sous d'autres cieux sur la même thématique.

6. Objectifs

Ce travail vise à analyser les réactions locales sur la gouvernance et la compréhension de la MVE tout en explorant les mécanismes de résilience mobilisés par la population ainsi que leur impact dans la lutte contre le dixième épisode de la MVE en RDC.

Cet objectif principal peut être explicité par ce double objectif secondaire assigné.

Primo, il analyse la manière par laquelle le système sanitaire congolais répondait aux réactions populaires suscitées par la riposte contre le 10^{ème} épisode de la MVE. Ceci permettra de poser de nouvelles bases pour une action sanitaire adaptée et plus à même de répondre aux réalités locales en cas d'épidémie. Ainsi, la confrontation des réactions populaires aux logiques d'action des intervenants dans les épidémies permettra de repérer les déterminants disjonctifs à surmonter lors des prochaines apparitions à Beni-Butembo et dans d'autres contrées.

Secundo, il analyse la décentralisation dans le secteur de la santé. Il s'agit en fait de chercher à comprendre comment les politiques ou actions nationales ont pu cohabiter avec les politiques ou actions provinciales et locales dans la gestion de la riposte tout en laissant un rôle déterminant à jouer aux partenaires extérieurs.

7. Choix

Cette lutte contre le dixième épisode a la particularité d'avoir mobilisé plusieurs acteurs. Cette mobilisation sur Ebola est particulière et mérite une analyse fouillée pour connaître ses mobiles sur base des observations de terrain.

¹⁶⁸ Paul N'Da Paul N'Da, *Recherche et Methodologie En Sciences Sociales et Humaines Reussir Sa These, Son Memoire de Master Ou Professionnel, et Son Article*. (Paris: Harmattan, 2016), disponible sur <http://www.vlebooks.com/vleweb/product/openreader?id=none&isbn=9782336720852> [consulté le 8 Avril 2021].

Ce faisant, la curiosité scientifique suscitée en nous en entreprenant cette était d'analyser les situations des rumeurs, de désinformation et des tâtonnements qui peuvent avoir été à la base des réactions aussi bien dans le sillage des prestataires que des bénéficiaires des services de santé de la riposte. Ainsi, ces constantes remises en cause, caractérisées tantôt par la coopération tantôt par l'opposition, de la part de ces deux acteurs nous ont paru intéressantes à analyser afin de découvrir les dessous des cartes. Ces constantes remises en cause auraient amené les gestionnaires de la réponse à réadapter leurs logiques initiales d'intervention aussi bien sur le plan médical qu'humanitaire afin de permettre l'adhésion des populations locales.

8. Difficultés rencontrées

Lors de la réalisation de cette étude, trois principales difficultés ont été rencontrées.

La première difficulté tient au fait que notre premier Promoteur, Monsieur Pierre Verjans, a été retraité juste après la première année de ce cursus doctoral. Heureusement, il a pu rapidement nous trouver un autre, Monsieur Bob Kabamba, avec qui nous venons de cheminer jusqu'à ce stade sans incident. Également, le désistement de l'un des membres du comité de thèse a été une épine dans ce cursus doctoral. Heureusement, il était passif dès le départ.

La deuxième est liée au fait que nous avons choisi d'utiliser les échantillons empiriques alors que l'idéal serait d'utiliser les échantillons aléatoires. D'une part, ceci est dû à une faible organisation administrative de l'Etat. En fait, le dernier recensement de la population R.D. Congolaise date de 1984. D'autre part, ce choix se justifie par la méfiance vis-à-vis des chercheurs scientifiques qui sont parfois confondus avec les politiciens et les agents des ONG pris comme des bienfaiteurs. Et si le chercheur s'engage sur le terrain avec des échantillons aléatoires, il risque de ne pas atteindre l'idéal, c'est-à-dire la généralisation de ses résultats à l'ensemble de la population-mère.

La troisième difficulté est liée au fait que les protocoles d'enquête (cf. questionnaires) ont été soumis aux enquêtés après la déclaration de la fin de l'épisode. Il est possible que leurs réponses soient différentes selon le moment de l'administration du questionnaire. Mais cet écueil a été surmonté en confrontant les données issues des questionnaires à celles issues des entretiens réalisés pendant que le dixième épisode de la MVE était en cours.

9. Partition du travail

A part l'introduction et la conclusion générales, ce travail est partitionné en trois parties contenant à leur tour des chapitres.

La première partie porte sur les fondements théoriques de l'étude. Elle compte deux chapitres. Le premier présente le champ d'étude (Beni-Butembo) et conceptualise l'étude. Le second inscrit cette étude dans les registres théoriques qui s'y rapportent. En fait, il théorise sur l'action (décision ou politique) publique et l'action collective.

La seconde partie est consacrée à la MVE et aux perceptions communautaires locales vis-à-vis de la mise en place de la riposte contre le dixième épisode de la MVE. Elle comprend trois chapitres. Le premier donne un aperçu général sur la MVE. Le deuxième chapitre examine l'évolution organisationnelle de la riposte. Le troisième porte sur l'accueil et les attentes des communautés locales vis-à-vis de cette organisation.

La troisième partie situe la MVE et la lutte contre le dixième épisode dans le contexte sociopolitique, économique et culturel local. Elle comprend quatre chapitres. Le premier chapitre examine les perceptions locales vis-a-vis du dixième épisode. Le deuxième examine les modes de gouvernance mis en place pour endiguer cet épisode. Le troisième scrute les mécanismes de résilience communautaire et la manière dont ces mécanismes ont influencé la lutte contre cet épisode. Partant du contexte exceptionnel du dixième épisode et des perceptions du citoyen *lambda*, le quatrième et dernier chapitre fait des constats, tire des leçons et propose des éléments d'une politique publique adaptée à la menace des épidémies de type Ebola.

Première partie : FONDEMENTS THEORIQUES

Notre thématique porte sur deux grands concepts, à savoir : action et réaction pendant la dixième épidémie de la MVE. Ce faisant, deux grandes catégories des théories ont été mobilisées. La première est relative aux théories sur l'action publique et la seconde porte sur les politiques du conflit. Avant d'aborder ces théories dans le deuxième chapitre, le premier chapitre présente le milieu d'étude et élucide les concepts utilisés.

Chapitre premier : Milieu d'étude et élucidation des concepts

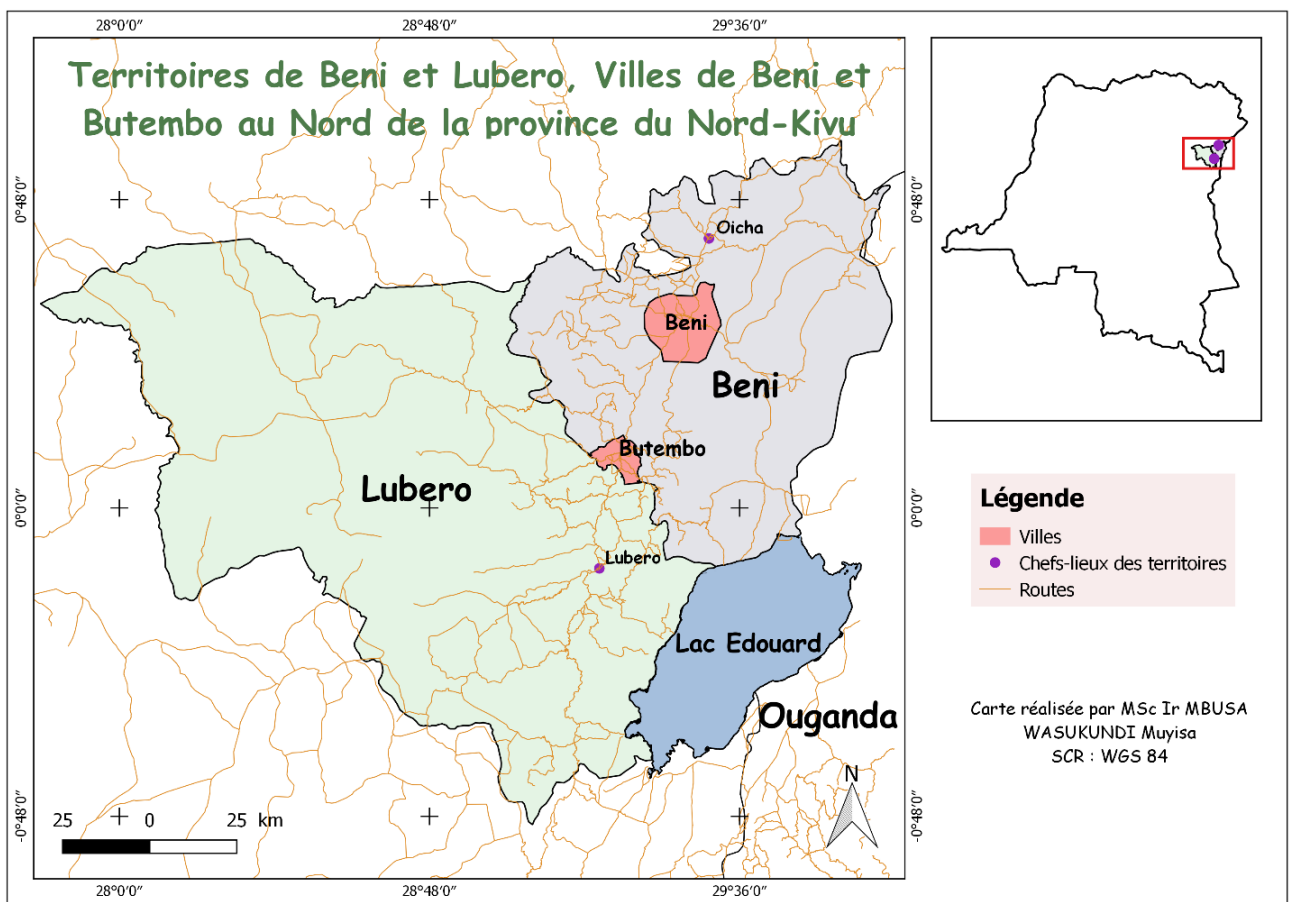
Avant de conceptualiser (I.2.), une brève présentation du milieu d'étude (I.1.) s'impose.

I.1. Présentation du milieu d'étude

Nos enquêtes ont été menées dans la partie septentrionale de la province du Nord-Kivu, communément appelée « Grand Nord » ou région de Beni-Butembo¹⁶⁹, située à l'Est de la République Démocratique du Congo. Cette contrée est constituée de deux territoires (Beni et Lubero) et de deux villes (Beni et Butembo).

Les cartes ci-dessous en donnent l'aperçu géographique.

Cartes N° 1 : Localisation du cadre d'étude



I.1.1. Territoires de Beni et de Lubero

Le Territoire de Beni, anciennement appelé Territoire de Semuliki, a été créé à l'époque coloniale dans les années 1920. Il est respectivement passé sous l'administration des Provinces de Kibali-Ituri (1924), du Kivu (1935) et du Nord-Kivu (1988). L'agglomération de

¹⁶⁹ En référence au diocèse catholique qui étend son pouvoir sur la partie Nord de la province du Nord-Kivu.

Beni était le chef-lieu de ce territoire avant de devenir une ville en 1999 sur décision du mouvement politico-militaire RCD/K-ML. Depuis lors, le chef-lieu du Territoire de Beni a été transféré à Oïcha où fonctionne jusqu'à aujourd'hui le bureau de l'Administrateur du Territoire. Ce Territoire s'étend sur 7484 km² de superficie¹⁷⁰. Il a comme limites le Territoire d'Irumu dans la Province de l'Ituri au nord, le territoire de Lubero et la ville de Butembo au sud, les Districts ougandais de Kasese et Bundibudjo à l'est, et le Territoire de Mambasa dans la Province de l'Ituri à l'ouest¹⁷¹. Il se situe entre 29° et 30° de longitude Est, et entre 0 et 1° de latitude Nord comme l'indique la carte ci-haut.

Sur le plan administratif, le Territoire de Beni est subdivisé en Chefferies (Bashu et Watalinga), Secteurs (Ruwenzori et Beni-Mbau)¹⁷², et Communes. A leur tour, ils sont subdivisés en plusieurs Groupements et Quartiers. Comme le Territoire de Beni, le Territoire de Lubero, anciennement appelé territoire de Luholu, a été créé à l'époque coloniale dans les années 1920. Au départ, comme le Territoire de Beni, il appartient au District du Kivu. Un changement est instauré faisant respectivement passer ces deux Territoires sous l'administration des Districts et ou Provinces de Kibali-Ituri (1924), du Kivu (1935) et du Nord-Kivu (1988¹⁷³). L'agglomération de Lubero, communément appelée Lubero-centre, est le chef-lieu du Territoire de Lubero. Ce Territoire a une superficie de 18096 km². Il est limité au Nord par la Ville de Butembo, le Territoire de Beni, dans la Province du Nord-Kivu, et le Territoire de Mambasa de la Province de l'Ituri; au Sud par les Territoires de Rutshuru et de Walikale ; à l'Est par le Territoire de Beni et le lac Edouard frontalier avec l'Ouganda ; et à l'Ouest par la rivière Lindi située à la limite avec le Territoire de Bafwasende dans la Province voisine de la Tshopo. Le Territoire de Lubero est à 29° 14' de longitude Est ; de 0° 09' de latitude Sud.

Sur le plan physiographique, les deux territoires sont situés dans une région caractérisée par une topographie fortement accidentée¹⁷⁴. Kakule Vyakuno¹⁷⁵, Kasay Lenga Lenga¹⁷⁶ et Katembo Vikanza¹⁷⁷ subdivisent cette topographie en trois unités altitudinales qui

¹⁷⁰ Jackson Malikidogo Kavanda, « Rapport de stage effectué au bureau du territoire de Beni à Oïcha », Rapport de professionnalisation (Oïcha: Université catholique du Graben, 8 septembre 2005), p. 2.

¹⁷¹ Sivitha Nguliko, « Rapport de stage effectué au bureau du territoire de Beni à Oïcha », Rapport académique (Oïcha: Université catholique du Graben, 22 septembre 2005), p. 3.

¹⁷² Bob Kabamba and Apollinaire Muholongu Malumalu, *Cadastre Des Infrastructures: Problèmes et Recommandations. Provinces Du Nord et Sud-Kivu République Démocratique Du Congo*, p. 109.

¹⁷³ L'Ordonnance-loi n° 88/1976 du 20 juillet 1988.

¹⁷⁴ Paul Katembo Vikanza, 'Aires Protégées, Espaces Disputés et Développement Au Nord-Est de La R D Congo' (unpublished Thèse de doctorat, Université Catholique de Louvain, 2011).

¹⁷⁵ VYAKUNO KAKULE, 'Pression anthropique et aménagement rationnel des hautes terres de lubero en R.D.C. Rapports entre société et milieu physique dans une montagne équatoriale' (unpublished Thèse de doctorat, Université Toulouse II, 2006).

¹⁷⁶ LENGA LENGA KASAY, 'Dynamique démo-géographique et mise en valeur de l'espace en milieu équatorial d'altitude: Cas du pays Nande au Kivu septentrional, Zaïre, Thèse de doctorat, Géographie: Université de Lubumbashi, non publié, 1988, 404 p.' (unpublished Thèse de doctorat, Université de Lubumbashi, 1988).

¹⁷⁷ Katembo Vikanza Paul, *Op. Cit.*

décrivent différentes zones climatiques : les basses terres entre 800 et 1 200 m d'altitude jouissant d'un climat équatorial classique de type « guinéo-congolais », avec une température moyenne annuelle située dans l'intervalle de 22 à 29 °C et une pluviométrie moyenne de 1400 mm ; les hautes terres tièdes entre 1200 et 1700 m, avec une moyenne annuelle de 18 à 23 °C et les hautes terres fraîches qui se situent au-delà de 1 700 m d'altitude et jouissant d'une atmosphère beaucoup plus fraîche, avec une moyenne annuelle inférieure à 18°C. Ce climat est qualifié d'équatorial « tempéré par l'altitude »¹⁷⁸.

Par ailleurs, Katambo Vikanza note que la région dans laquelle sont situées les deux territoires de Lubero et de Beni présente une large bande de concentration humaine (la zone densément peuplée) sur l'axe routier Kanyabayonga-Eringeti, séparé à l'Est par le Parc National des Virunga (par endroits occupé par des forêts) et à l'ouest par la zone forestière qui s'étend des forêts de Miriki-Buleusa, au sud, à celles d'Eringeti, au nord, en passant par les forêts de Lutungulu, Manguredjipa, Mantumbi, *etc*¹⁷⁹.

Du point de vue hydrologique, la région est traversée par la ligne de partage entre les deux grands bassins du Nil à l'Est et du Congo à l'Ouest. De part et d'autre, les deux territoires sont irrigués par plusieurs rivières et ruisseaux. Parmi les rivières, nous pouvons citer les rivières Semuliki, Lume, Lubiriha, Loulo, Kisalala, ... en Territoire de Beni ; les rivières Lubiro, Lindi, ... en Territoire de Lubero. On note aussi le lac Edouard parmi les richesses hydrographiques de ces deux Territoires.

I.1.2. Villes de Beni et de Butembo

Le Village de Butembo, comme nous le dit Mulemba Judson, devint cité indigène en 1949, centre extra-coutumier en 1956, commune après l'indépendance (1960), redevint centre extra-coutumier (ou cité) en 1964 jusqu'au 23 septembre 1999¹⁸⁰. A ce sujet, l'on peut aussi lire Muhindo Musivirwa¹⁸¹. La Ville de Butembo s'étend sur une superficie de 190,34 km²¹⁸². La ville de Butembo est limitée par le Territoire de Beni aux Nord, Nord-Est et Nord-Ouest ; par le Territoire de Lubero aux Sud, Sud-Est et Sud-Ouest. La température y varie entre 15° C et 25° C. La Ville de Butembo est à 0° 8' de latitude Nord et 25° 16' de longitude Est. Cette Ville est dans

¹⁷⁸ *Ibidem* ; VYAKUNO, K., *Op. cit.*.

¹⁷⁹ Katambo Vikanza, *Op. cit.*

¹⁸⁰ Judson Katambo Mulemba, *Rapport de stage effectué à la mairie de Butembo* (Butembo: Université catholique du Graben, 27 October 2007), p. 22 (p. 3).

¹⁸¹ Jean-Pierre Muhindo Musivirwa, *Rapport de stage effectué à l'hôtel de ville de Butembo* (Butembo: Université catholique du Graben, 14 November 2006), p. 27 (p. 4).

¹⁸² Isaac Muhindo Kivikyavo, *Participation politique et comportement électoral en ville de Butembo Identités des dirigeants, adhésions aux partis politiques, déterminants de vote et groupes sociaux*, 1. Auflage (Saarbrücken: Éditions universitaires européennes, 2021), p. 111.

la région montagneuse équatoriale et reçoit des pluies fréquentes et échelonnées¹⁸³. La Ville est traversée de plusieurs sources d'eau, ruisseaux et ou rivières. La Ville de Butembo est composée de quatre Communes (Bulengera et Mususa à l'Est ; Vulamba et Kimemi à l'Ouest), celles-ci en plusieurs quartiers dont le nombre s'élève à vingt-huit.

L'agglomération de Beni devint poste administratif en 1894, cité de 1987 au 23 septembre 1999 et servit de Chef-lieu du territoire de Beni jusqu'à cette date¹⁸⁴ marquant la mutation de son statut en ville. La Ville de Beni est située à plus ou moins 300 km de Goma, la capitale du Nord-Kivu, et à 75 kilomètres de Kasindi, cité frontalière avec l'Ouganda. Sa superficie est de 184,24 km²¹⁸⁵. La ville de Beni est située sur un plateau parsemé de petites collines dans la partie Sud-Est et est dominée par une plaine au Nord-Est ainsi qu'au Nord-Ouest. La température y varie de 20° à 30°c. La ville est traversée par huit principales petites et moyennes rivières¹⁸⁶ et est voisine du Parc National des Virunga. La ville de Beni compte quatre communes (Ruwenzori et Beu à l'Est, Mulekera et Bungulu à l'Ouest), celles-ci sont subdivisées en plusieurs quartiers.

Le mouvement politico-militaire RCD/K-ML a mué les cités de Beni et de Butembo en villes d'abord par l'arrêté N°01/001bis/CAB/GP-NK/99 du 23 septembre 1999 du Gouverneur de la province du Nord-Kivu/bis basé à Beni¹⁸⁷. Cet arrêté sera confirmé par le Décret N° 2001/038 du 22 décembre 2001 signé par Antipas Mbusa Nyamwisi, Président du RCD/K-ML. Dans le contexte de la réunification du pays et en application des résolutions de l'Accord Global et Inclusif signé le 17 décembre 2002, c'est le 28 mars 2003 que ces actes seront entérinés par le décret N°042/2003 signé par le Président de la République, Joseph Kabila Kabange. Autrefois, la Cité de Beni était le Chef-lieu du Territoire de Beni. Pour sa part, Butembo était une agglomération qui faisait partie intégrante du Territoire de Lubero quand bien même il tire sa superficie actuelle de deux territoires de Beni et de Lubero.

Sur le plan climatique, la ville de Butembo, située en moyenne altitude, jouit du même climat que les hautes terres tièdes et fraîches décrit ci-haut. De même, la ville de Beni, située en basse altitude, jouit du climat équatorial guinéo-congolais décrit ci-dessus pour les basses terres.

Compte tenu de la flore et de la faune de Beni, Butembo et Lubero, nous pouvons affirmer que cette contrée est propice aux zoonoses comme Ebola. Ce faisant, une attention

¹⁸³ Bob Kabamba et Apollinaire Muholongu Malumalu, *Op. cit.* pp. 85-87.

¹⁸⁴ Isaac Muhindo Kivikyavo, *Stage effectué à l'hôtel de ville de Beni* (Beni: Université catholique du Graben, 8 September 2005), p. 32 (pp. 2-3).

¹⁸⁵ Vianney Muhindo Karamaya, *Rapport de stage effectué à l'hôtel de ville de Beni* (Beni: Université catholique du Graben, 3 November 2007), p. 29 (p. 2).

¹⁸⁶ Isaac Muhindo Kivikyavo, *Op. cit.*, septembre 2005, pp. 4-5.

¹⁸⁷ Goma est le Chef-lieu de la Province du Nord-Kivu. Pendant la rébellion qui a sévi en RDC de 1998 à 2003, la province du Nord-Kivu était dirigé par deux mouvements politico-militaires, le RCD/Goma et le RCD/K-ML ayant respectivement leurs quartiers généraux à Goma et à Beni.

particulière est requise de la part du système sanitaire congolais pour une prise en charge cohérente.

I.1.3. Milieu d'étude et système sanitaire de la RDC

Dans la partie septentrionale de la Province du Nord-Kivu, dite « Grand-Nord », l'Etat y est moins présent dans le domaine de la santé. Les structures sanitaires officielles y sont rares. Face à cet abandon de responsabilité, ce sont les privés, notamment les Eglises et les particuliers, qui essaient d'organiser la résilience dans ce domaine.

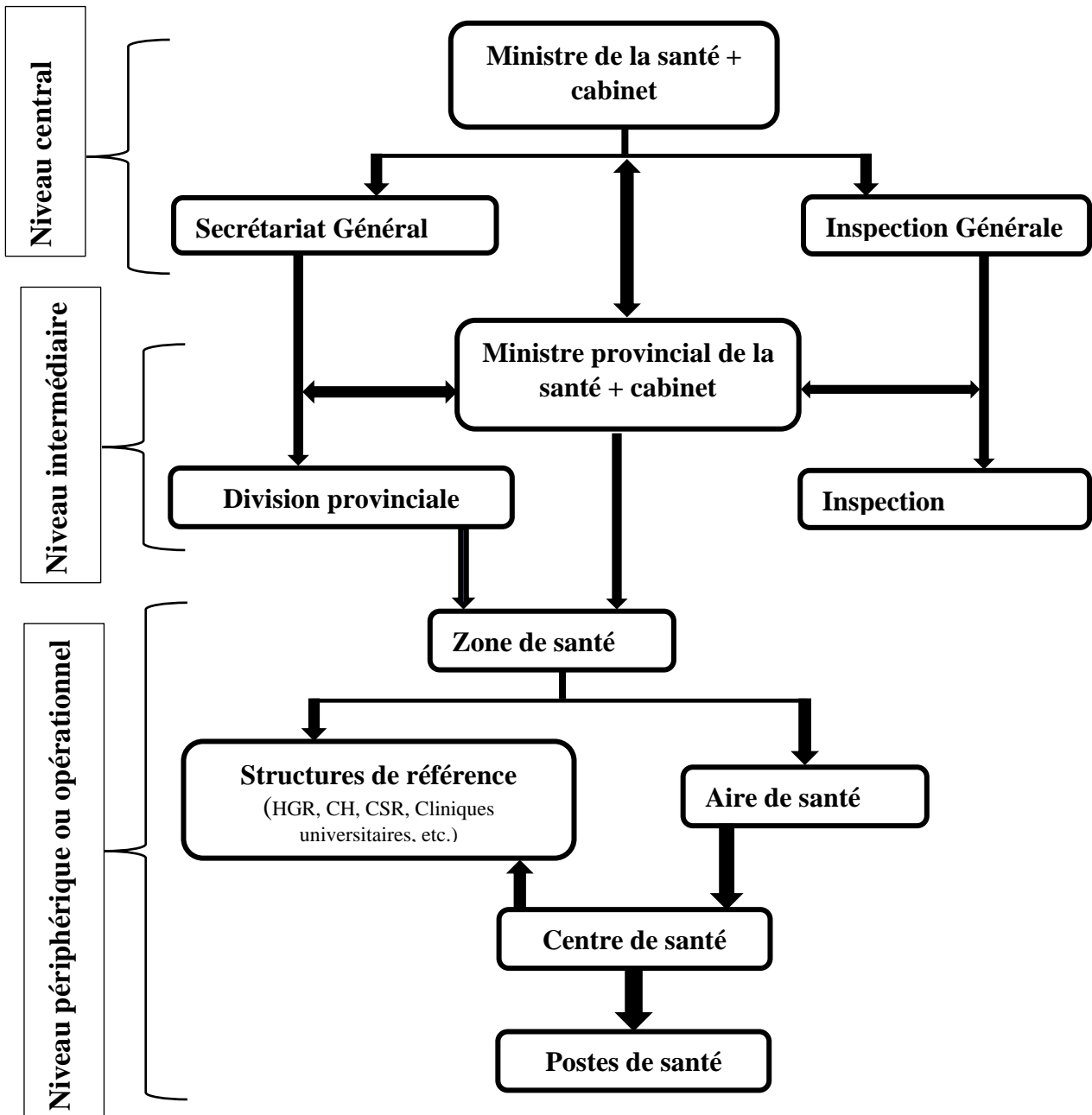
Quant à l'organisation du secteur de la santé, nous avons constaté qu'à l'apparition du 10^{ème} épisode d'Ebola dans le pays, il y avait une sorte de vide juridique. En effet, ce secteur était jusqu'au 13 décembre 2018 régi par le décret du 19 mars 1952 relatif à l'exercice de l'art de guérir tel que modifié par l'Ordonnance 71-81 du 19 février 1958 sur l'exercice de l'art de guérir et les conditions et modalités d'application. Ces textes sont quasi-muets quant à la gestion des épidémies. Ils ont été promulgués avant la découverte d'Ebola en 1976. La loi N°18/035 du 13 décembre 2018 fixant les principes fondamentaux relatifs à l'organisation de la santé publique a été promulguée 42 ans après la découverte de la Maladie à Virus Ebola et plus ou moins 4 mois après son apparition à Mangina (Est de la RDC) en août 2018. Elle est entrée en vigueur le 13 mars 2019 en vertu de son article 144.

Selon les articles 6, 7, 8, 9 et 10 de cette loi, le système national de santé est organisé en trois niveaux administratifs : le niveau central (Ministre de la santé, le secrétariat général et l'inspection générale de la santé) ; le niveau intermédiaire ou provincial (Ministère provincial, division provinciale et inspection provinciale de la santé) et le niveau périphérique ou opérationnel (Zone de santé subdivisée en aires de santé et structures de référence)¹⁸⁸.

¹⁸⁸ « Loi n° 18/035 fixant les principes fondamentaux relatifs à l'organisation de la Santé publique », (13 décembre 2018), 5-6, disponible sur <https://www.leganet.cd/Legislation/Droit Public/SANTE/Loi.18.035.13.12.2018.html>.

Schématiquement, cela se présente de la manière suivante :

Figure N° 2 : Trois niveaux du système de santé de la RDC



Source : Enquêtes de terrain et lectures de la Constitution du 18 février 2006 et de la Loi de 2018

De manière concrète, c'est la division provinciale du Nord-Kivu qui gère le secteur de la santé dans la partie communément appelée « Grand-Nord » (Beni ville et territoire, ville de Butembo et territoire de Lubero). Bien que nous venons de mentionner le Ministère provincial de la santé, celui-ci a été omis par le législateur quand bien même le constituant reconnaît un rôle non négligeable aux provinces en matière de santé. En effet, l'article 203 points 17 et 22 de la constitution mentionne « la prévention des épidémies et épizooties dangereuses pour la

collectivité; les institutions médicales et philanthropiques »¹⁸⁹ comme faisant partie des matières qui relèvent de la compétence concurrente du pouvoir central et des provinces. L'article 204 point 18 donne à la province un grand pouvoir en matière d'organisation du secteur de la santé en lui attribuant exclusivement les matières ci-après :

*l'affectation du personnel médical, conformément au statut des agents de carrière des services publics de l'Etat, l'élaboration des programmes d'assainissement et de campagne de lutte contre les maladies endémo-épidémiques conformément au plan national: l'organisation des services d'hygiène et de prophylaxie provinciale, l'application et le contrôle de la législation médicale et pharmaceutique nationale ainsi que l'organisation des services de la médecine curative, des services philanthropiques et missionnaires, des laboratoires médicaux et des services pharmaceutiques, l'organisation et la promotion des soins de santé primaires*¹⁹⁰.

En fait, la seule compétence exclusive du pouvoir central en matière de santé est énoncée à l'article 202 point 36 (h) et est relative à la législation médicale et à l'art de guérir¹⁹¹. Pour être beaucoup plus précis, le législateur ne devrait pas parler de l'organisation de la santé sans évoquer expressément le rôle du gouvernement provincial dans l'application de la législation nationale. En fait, la division provinciale dont il est fait mention dans la Loi N°18/035 du 13 décembre 2018 est un service déconcentré du ministère national de la santé. Elle est plus redevable du pouvoir central que de celui de la province qui jouit d'un statut particulier au regard de la constitution précitée.

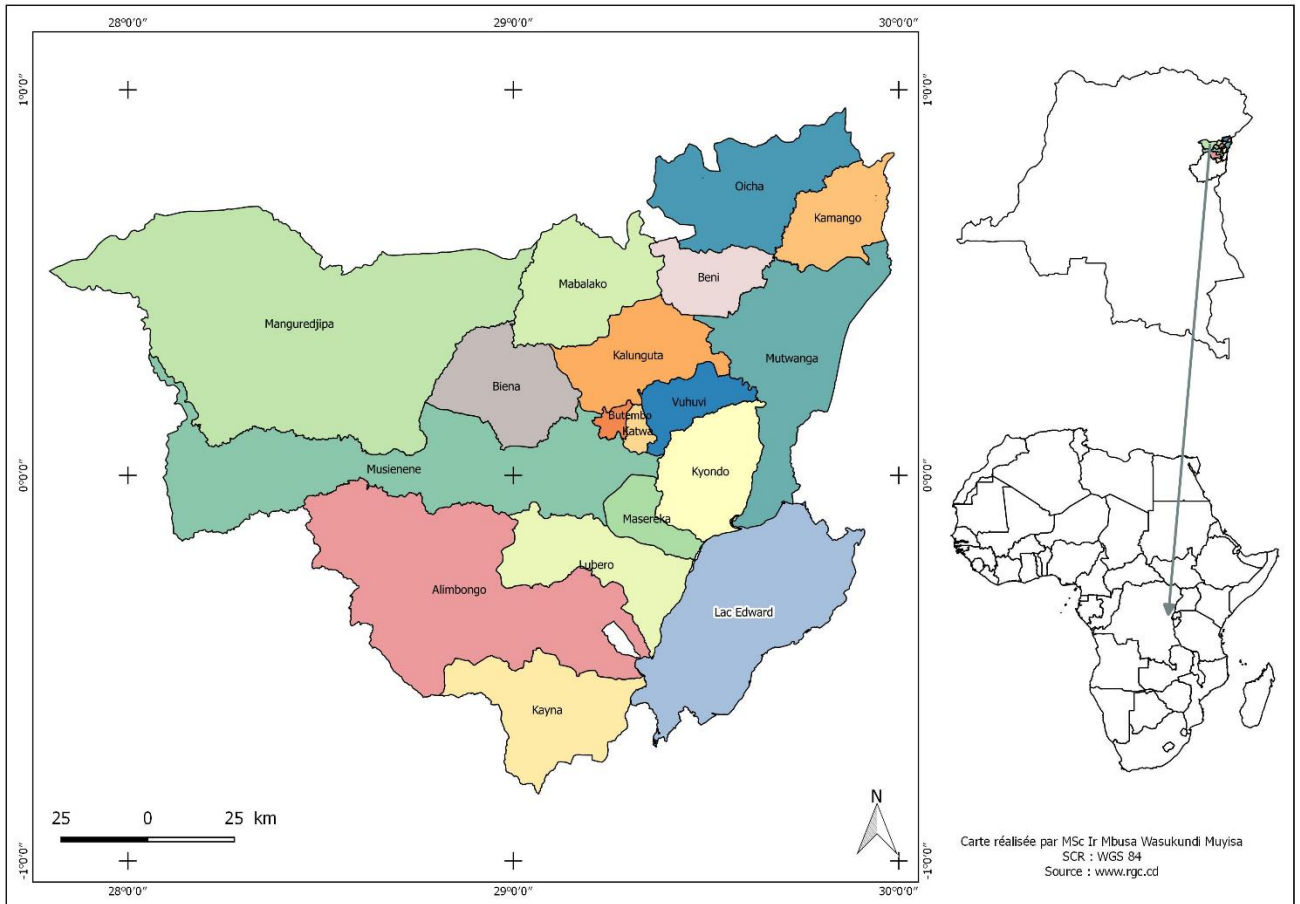
Concrètement, le « Grand-Nord » est géré en matière de santé, à l'instar d'autres ville et territoires de la province du Nord-Kivu, par la division provinciale qui a son siège en ville de Goma. Néanmoins, cette division provinciale de la santé (DPS) est représentée dans le « Grand-Nord » par une antenne basée à Butembo qu'on appelle communément DPS/Butembo. Elle connaît en son sein dix-sept zones de santé réparties comme suit selon les villes et les territoires. La ville de Beni a une zone de santé portant le nom de la ville ; la ville de Butembo a deux zones de santé (Butembo et Katwa) ; le territoire de Beni a sept zones de santé (Mutwanga, Oïcha, Mabalako, Kalunguta, Vuhovi, Kyondo et Kamango) ; et le territoire de Lubero compte sept zones de santé (Musienene, Manguredjipa, Biena, Masereka, Lubero, Alimbongo et Kayna). La carte ci-après nous permet de visualiser au plus clair ces zones de santé par entité.

¹⁸⁹ Constitution de la République Démocratique du Congo telle que révisée par la loi n° 11/002 du 20 janvier 2011, 2006.

¹⁹⁰ *Idem.*

¹⁹¹ *Idem.*

Cartes N° 2 : Villes, territoires et zones de santé de Beni-Butembo



Le milieu d'étude étant connu, il convient de conceptualiser cette étude.

I.2. Elucidation des concepts

Cette section élucide les concepts de notre modèle d'analyse utilisés dans la problématique et l'hypothèse de recherche. Il s'agit d'élucider en premier lieu le concept « action publique » et ses pendants (politique et décision publique) ; en deuxième lieu le concept « action sanitaire » ; en troisième lieu le concept « politique(s) du conflit » et ses corollaires (mouvement social, groupe de pression/d'intérêt/lobbying, société civile) ; et, enfin, les concepts liés à la lutte contre le dixième épisode d'Ebola.

I.2.1. Action publique

Les concepts action publique, politique publique et décision publique présentent des ressemblances, des nuances et des différences. Néanmoins, ils ont été utilisés dans ce travail comme répondant à la même logique, celle relative à l'activité de l'autorité publique en interaction avec le reste de la société. Bien plus, les théories explicatives de ces concepts sont les mêmes ou répondent à la même logique.

Parmi une multitude de définitions, deux ont d'abord retenu notre attention parce qu'elles paraissent plus opérationnelles. La première est celle de Dye qui définit une politique publique comme « tout ce qu'un gouvernement décide de faire ou de ne pas faire »¹⁹². La seconde est celle de P. Lascoumes et P. Le Galès pour qui l'action publique est « l'action d'une autorité publique, seule ou en partenariat, pour traiter d'une question perçue comme posant problème »¹⁹³. Ces définitions inspirent quelques commentaires. Si la première a le mérite de classer le choix pour les autorités publiques de ne pas agir comme aussi une action publique, elle a néanmoins pour inconvénient de ne prendre que les acteurs moraux et publics (gouvernement) comme acteurs des politiques publiques. Cette vision restrictive ou cette lacune a été enrichie ou comblée par la seconde définition qui ouvre la fenêtre à d'autres acteurs. D'abord, déjà le gouvernement lui-même n'est pas homogène par sa départementalisation et sa composition qui peut être le fait de coalitions. Ensuite, le gouvernement n'est qu'une institution parmi tant d'autres institutions politiques de l'Etat. Enfin, selon qu'un Etat est fédéral ou décentralisé, des politiques autonomes, associant des groupes d'intérêt¹⁹⁴, peuvent être élaborées au niveau provincial/fédéré ou local. Ainsi, la société

¹⁹² Thomas R. Dye, *Understanding Public Policy*, Fifteenth edition (Boston: Pearson, 2017), p. 1.

¹⁹³ Pierre Lascoumes and Patrick Le Galès, *Sociologie de l'action publique*, ed. by François de Singly, 2e édition (Paris: Colin, 2012), p. 5.

¹⁹⁴ Lorenzo BARRAULT-STELLA, 'Des groupes d'intérêt à l'Ecole. Les collectifs locaux de parents d'élèves dans la fabrique de l'action publique éducative', in *Gouverner sous pression? La participation des groupes d'intérêt aux affaires territoriales*, ed. by Stéphane Cadiou, Droit et société (Série Droit-Recherches et travaux-Classics) (Issy-les-Moulineaux: LGDJ, lextenso éditions, 2016), VOL. 31, pp. 205–18.

civile dans sa diversité, les mouvements citoyens et corollaires, les réseaux d'acteurs et des individus participent de plus en plus à la conception et à l'implémentation des politiques publiques.

En combinant les deux définitions, une politique publique peut être définie en d'autres termes, avec P. Hassenteufel, comme « l'Etat en action »¹⁹⁵. Ainsi, analyser les politiques publiques c'est analyser ce que l'Etat fait. Mais alors, est-ce que tout ce que l'Etat fait, seul ou en partenariat, est une politique publique ? En fait, tout ce que l'Etat, dans sa diversité, fait n'est pas forcément une politique publique. En sus, toutes les décisions émanant de l'autorité publique ne sont pas forcément des politiques publiques. Ces dernières devraient se décliner en programmes, en projets et en activités. C'est ainsi qu'elles revêtent un caractère particulier et se différencient des simples décisions politiques ou administratives qui ne sont que des réponses aux problèmes ponctuels ou courants. De ce point de vue, Jenkins estime que les politiques publiques réfèrent à « un ensemble de décisions inter reliées, prises par un acteur politique ou un groupe d'acteurs politiques, mais aussi à la sélection des buts et des moyens pour les atteindre, donc à la recherche des solutions »¹⁹⁶. Cette définition dépasse celle de Dye qui ramenait les politiques publiques essentiellement à la décision politique. Pour sa part, Jenkins insiste sur « le caractère interdépendant et non pas isolé des décisions relatives aux politiques publiques d'un Etat, produit d'une série de décisions supposant une coordination de l'ensemble des acteurs gouvernementaux impliqués. Une politique publique est d'abord orientée vers l'atteinte d'une finalité et l'identification des moyens pour y parvenir »¹⁹⁷. Ainsi, les politiques sont sectorielles et nécessitent une expertise ou une implication multisectorielle dans tous les domaines de la vie humaine. On peut parler des politiques sanitaires, éducatives, sécuritaires, environnementale, forestières, routières, etc. La conception et la mise en place de celles-ci associent inéluctablement des acteurs du secteur privé.

Enfin, la conception anglo-saxonne qui décline le concept politique en trois autres concepts permet de situer les politiques publiques dans le champ de la science politique. En effet, la *polity*, notion proche de celle de « champ politique », est définie comme « la sphère politique »¹⁹⁸. Pierre Bourdieu, fondateur de l'expression champ politique, la définit comme « le lieu d'une concurrence pour le pouvoir qui s'accomplit par l'intermédiaire d'une concurrence pour les profanes ou, mieux pour le monopole du droit de parler et d'agir au nom d'une partie ou de la

¹⁹⁵ Patrick Hassenteufel, *Sociologie politique: l'action publique*, Collection U (Paris: A. Colin, 2008), p. 7.

¹⁹⁶ William I. Jenkins, *Policy Analysis: A Political and Organisational Perspective*, Government and Administration Series (London: Robertson, 1978).

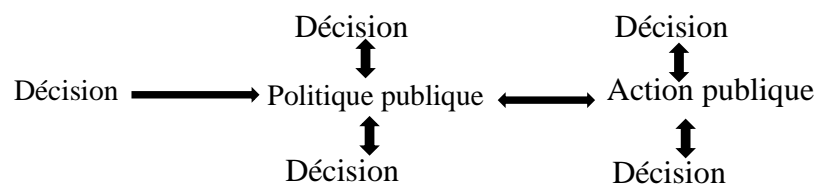
¹⁹⁷ Jean Turgeon and Jean-François Savard, 'Politique Publique', dans L. Côté et J.-F. Savard (Dir.), *Le Dictionnaire Encyclopédique de l'administration Publique* (en ligne), disponible sur www.dictionnaire.enap.ca.

¹⁹⁸ Jean-Yves Dormagen and Daniel Mouchard, *Introduction à la sociologie politique*, Ouvertures politiques, 2e éd., 2e tirage (Bruxelles [Paris]: De Boeck, 2009), p. 10.

totalité des profanes »¹⁹⁹. Pour leur part, *politics* et *policy* désignent ou qualifient respectivement « la lutte pour le pouvoir [et] le cadre d'action »²⁰⁰. Partant, nous pouvons dire avec Patrick Hassenteufel que « l'expression politiques publiques combine [*polity*] et [*policy*] : les politiques publiques forment des programmes d'action suivis par les autorités étatiques, autrement dit les *policies* de la *polity* »²⁰¹. En d'autres termes, les politiques publiques, les actions publiques et les décisions publiques relèvent par essence des *policies* s'exerçant dans un espace, la *polity*. Toutefois, comme nous allons le voir, les acteurs politiques peuvent se servir des *policies* pour leur réélection. Il est donc souvent difficile de dissocier ce triptyque de la politique.

Revenant au lien entre politiques publiques - actions publiques - décisions publiques, la décision se situe en amont, pendant et en aval d'une politique publique. L'action publique, pour sa part, se situe en aval d'une politique publique car elle est la mise en œuvre ou la matérialisation de cette dernière sur le terrain en termes d'effets dans la société. D'où la figure suivante :

Figure N° 3 : Relation décision - politique publique – action publique



Source : Notre conception.

Dans le cadre de cette étude, sont considérées comme politiques publiques les textes internationaux (conventions, règlements sanitaires, etc.), les lois nationales et des programmes qui produisent leurs effets sur les moyen et long termes en matière de santé. Autrement dit, ce sont les visions qui orientent ce secteur. Elles sont plus ou moins durables, générales et permanentes. Le concept « action publique », quant à lui, concerne l'implémentation de ces politiques sur le terrain, c'est-à-dire ce qui a été réalisé. Les actions sont à cheval sur les court et long termes. Que ce soient les politiques ou les actions publiques, toutes ont recours à des décisions pour leur opérationnalisation. Certes, une politique publique est une décision qui sort de l'ordinaire. Dans le cas précis de cette étude, les décisions sont des outils au service de la politique et de l'action publiques. Les décisions s'inscrivent dans la courte durée dès lors qu'elles fluctuent et s'adaptent

¹⁹⁹ Pierre Bourdieu, 'La Représentation Politique. Éléments Pour Une Théorie Du Champ Politique', *Actes de La Recherche En Sciences Sociales*, N° 36-37, 1981, 3-24 (pp. 3-4).

²⁰⁰ Jean-Claude Thoenig, 'L'analyse Des Politiques Publiques', in *Traité de Science Politique : Les Politiques Publiques*, éd. par Madeleine Grawitz et Jean Leca (Paris: PUF, 1985), TOME 4, 1-60 (p. 7).

²⁰¹ Hassenteufel, *Op. cit.*, p. 7.

aux contextes et défis ou réalités de terrain. Elles relèvent de la gestion routinière. La décision est un outil permanent dont se servent les dirigeants pour appliquer les politiques dans le contexte qui est le leur. C'est ainsi que pour Rébillard ou Pierre Mendès ou encore Guaino, gouverner c'est respectivement « décider »²⁰² ou « choisir, si difficiles que soient les choix »²⁰³ ou encore « c'est décider et agir »²⁰⁴. Les décisions accompagnent de manière quasi-ponctuelle la politique car elles interviennent presque à chaque étape de celle-ci, de sa conception à sa réalisation. En fait, la politiste Charlotte Halpern présente la décision comme « à la fois point d'aboutissement et point de départ d'un cycle de l'action publique »²⁰⁵. Elle ajoute que la décision publique est « le produit d'un arbitrage constant entre faisabilité politique et rationalité économique ou technique, de l'articulation entre *policies* et *politics*, entre l'action politique et ses publics »²⁰⁶.

La gouvernance de la dixième épidémie d'Ebola en RDC a recouru aux politiques, a pris des décisions et a posé des actions publiques qui relèvent du domaine de la santé. Par exemple, les directives générales de cette gouvernance ont été tirées du Règlement sanitaire international (RSI) et de la loi et des règlements régissant le secteur de la santé en R.D. Congo. Pour matérialiser ces directives sur terrain, cette gouvernance a pris des décisions adaptées au contexte du moment pour viser l'efficacité ou l'efficience. Le sujet sous examen aborde les aspects politico-administratifs et socio-anthropologiques dans le domaine de la santé.

I.2.2. Action sanitaire ou action de santé publique

Au regard de l'article 13 point 1 du Règlement Sanitaire International (RSI), l'action de santé publique est requise essentiellement « en cas de risque pour la santé et d'urgence de santé publique de portée internationale »²⁰⁷. Pour mettre fin à ces situations, l'Etat doit user de sa capacité à réagir promptement et de manière efficace. Selon le point 3 de l'article précité, l'OMS et d'autres partenaires collaborent avec l'Etat concerné en lui « fournissant des conseils et une assistance techniques et en évaluant l'efficacité des mesures de lutte mises en place, y compris, le cas échéant, en mobilisant des équipes internationales d'experts pour prêter assistance sur

²⁰² Chloé Rébillard, 'Gouverner, c'est Décider?:', *Sciences Humaines*, N° 348.6 (2022), 42–43 <https://doi.org/10.3917/sh.348.0042>.

²⁰³ Pierre Mendès, 'Discours devant l'Assemblée nationale de la France "Gouverner, c'est choisir"', 3 June 1953, disponible sur <https://www2.assemblee-nationale.fr/decouvrir-l-assemblee/histoire/grands-discours-parlementaires/pierre-mendes-france-3-juin-1953> [consulté le 30 août 2022].

²⁰⁴ Henri Guaino, 'Gouverner ce n'est pas prévoir, c'est décider', 2009, disponible sur <https://www.agoravox.fr/tribune-libre/article/gouverner-ce-n-est-pas-prevoir-c-58262> [consulté le 30 Août 2022].

²⁰⁵ Charlotte Halpern, 'Décision', ed. by Laurie Bousquet, Sophie Jacquot, and Pauline Ravinet, *Dictionnaire des politiques publiques* (Paris: Les Presses de Sciences Po, 2010), pp. 201–10 (p. 202).

²⁰⁶ *Ibidem*, pp. 203–4.

²⁰⁷ Organisation mondiale de la Santé, *Règlement sanitaire international* (2005), 3e éd. (Genève: Organisation mondiale de la Santé, 2016), p. 17, disponible sur <https://apps.who.int/iris/handle/10665/246187> [consulté le 11 Août 2022].

place»²⁰⁸. Le point 4 de cet article 13 stipule que l'OMS peut, à titre de collaboration, « offrir de mobiliser une assistance internationale afin d'aider les autorités nationales à conduire et coordonner les évaluations sur place »²⁰⁹.

Enfin, l'annexe 1 de ce règlement précise ce qu'il convient d'appeler action de santé publique en ces termes :

*la capacité : a) de déterminer rapidement les mesures de lutte nécessaires pour éviter la propagation aux niveaux national et international ; b) d'apporter un soutien par la mise à disposition de personnel spécialisé, l'analyse au laboratoire des prélèvements (au niveau national ou par l'intermédiaire des centres collaborateurs) et une aide logistique (matériel, fournitures et transport) ; c) d'apporter, le cas échéant, une aide sur place pour compléter les enquêtes locales ; d) d'assurer un lien opérationnel direct avec les hauts responsables sanitaires et autres pour accélérer l'approbation et la mise en œuvre des mesures d'endiguement et de lutte ; e) d'assurer une liaison directe avec d'autres ministères compétents ; f) d'assurer, par les moyens de communication les plus efficaces existants (sic), le lien avec les hôpitaux, les dispensaires, les aéroports, les ports, les postes-frontières, les laboratoires et d'autres zones opérationnelles clés, pour diffuser, sur le territoire de l'Etat Partie et sur celui d'autres Etats Parties, les informations et les recommandations émanant de l'OMS au sujet des événements survenus ; g) d'établir, d'appliquer et de maintenir un plan national d'action de santé publique d'urgence, qui prévoit notamment la création d'équipes multidisciplinaires/multisectorielles pour réagir aux événements pouvant constituer une urgence de santé publique de portée internationale ; et h) d'assurer les mesures qui précèdent 24 heures sur 24.*²¹⁰

L'action sanitaire dont il est question dans ce travail, c'est-à-dire la riposte au dixième épisode d'Ebola, ne relève pas des questions routinières de santé. C'est pourquoi elle est présentée comme relevant du domaine des urgences ; et, de ce fait, faisant partie de l'humanitaire. Les explications théoriques y relatives seront étayées dans le point sur la théorisation.

Enfin, l'OMS, qui est une des institutions spécialisées des Nations Unies²¹¹, est chargée d'accompagner les Etats parties dans la mise en place et le renforcement des politiques de santé au niveau national.

Comme qui dirait avec Isaac Newton, à chaque action correspond une réaction d'égale intensité mais dans le sens opposé²¹². C'est à ce juste titre que nous abordons le concept politique du conflit pour évoquer la manière dont les acteurs réagissent à une action publique.

²⁰⁸ *Ibidem.*

²⁰⁹ *Idem.*

²¹⁰ *Idem*, p. 54.

²¹¹ Article 57 de la charte des Nations Unies.

²¹² Isaac Newton, *Philosophiae Naturalis Principia Mathematica* ("Mathematical Principles of Natural Philosophy"), London, 1687 (London, 1687).

I.2.3. Politique du conflit et concepts corollaires

L'expression « politique du conflit », chère à Charles Tilly et Sidney Tarrow, nous a servi de clé d'entrée en ce sens qu'elle englobe d'une manière ou d'une autre les concepts comme actions collectives, mobilisation, protestation, revendication, mouvement social et ou citoyen, groupe d'intérêt, groupe de pression, lobbying, société civile, etc. Certaines de ces actions sont pleinement réalisées par le canal de la société civile que nous éluciderons également dans cette section.

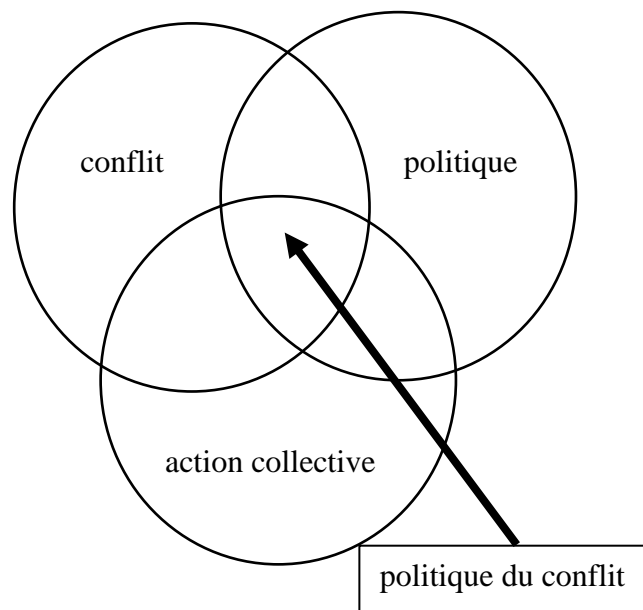
Ces concepts ont été utilisés dans ce travail comme répondant à la même logique, celle relative à l'activité des groupes et des individus en réaction aux actions implémentées directement ou indirectement par les pouvoirs publics.

I.2.3.1. Politique du conflit

La politique du conflit désigne les « interactions où des acteurs élèvent des revendications touchant aux intérêts d'autres acteurs [conflit], ce qui conduit à la coordination des efforts au nom d'intérêts ou des programmes partagés [action collective], et où l'Etat se trouve impliqué, soit en tant que destinataire de la revendication, soit comme instigateur, soit comme tierce partie [politique] »²¹³. La politique du conflit se trouve dès lors à l'intersection de trois concepts ci-dessus mis entre crochets. Comme on peut le constater, le concept de revendication est aussi capital. En effet, c'est lorsqu'une revendication a été soulevée qu'on se rend compte qu'il y a des intérêts heurtés. S'en suivent alors des échanges qui peuvent impliquer directement ou indirectement les pouvoirs publics. La figure ci-dessous, conçue par C. Tilly et S. Tarrow, en présente une compréhension claire.

²¹³ Charles Tilly and Sidney Tarrow, *Politique(s) du conflit. De La grève à la révolution* (Paris: Presses de Sciences Po, 2008), p. 332 et pp. 20-25.

Figure N° 4 : Les trois composantes de la politique du conflit



Source : Charles Tilly and Sidney Tarrow, *Politique(s) du conflit. De la grève à la révolution* (Paris: Presses de Sciences Po, 2008), p. 25.

Les autres manifestations de l'action revendicative ou de la protestation que nous étayons dans la suite font partie d'une manière ou d'une autre de la politique du conflit.

I.2.3.2. Mouvement social

Un mouvement social est, d'après Charles Tilly et Sidney Tarrow, « une campagne durable de revendication, qui fait usage de représentations répétées pour se faire connaître du plus large public et qui prend appui sur des organisations, des réseaux, des traditions et des solidarités »²¹⁴. D'après ces auteurs, le mouvement social associe donc 4 éléments :

*(1) une campagne durable de revendication ; (2) un ensemble de représentations publiques telles que cortèges, rassemblements, manifestations, création d'associations spécialisées, réunions, déclarations, pétitions, envois de lettres, lobbying ; (3) l'expression ostentatoire de la dignité, de l'unité, de la masse et de l'engagement par des moyens tels que le port de certaines couleurs, de badges, le défilé discipliné, les slogans scandés... ; (4) les organisations, réseaux,...qui nourrissent toutes ces activités et que nous appelons bases du mouvement social*²¹⁵.

Se réservant de donner une définition *ex-cathedra*, Pascale Dufour renchérit en présentant trois éléments permettant de différencier le mouvement social des autres types de protestation :

²¹⁴ Tilly and Tarrow, p. 27.

²¹⁵ *Ibidem*.

A) un mouvement social est plus qu'un groupe social...Il y a donc plusieurs groupes dans un mouvement. ...Un individu peut se considérer comme faisant partie d'un mouvement social, même si cette personne n'a pas d'affiliation formelle à un groupe constitué. ...B) un mouvement social se distingue par la forme non institutionnelle de son action politique. Les acteurs des mouvements sociaux agissent principalement (mais pas exclusivement) hors des institutions publiques, c'est-à-dire hors des lieux formels de production du politique, comme les parlements ou les élections. C) les mouvements sociaux entretiennent des rapports ambigus aux partis politiques et à la sphère dirigeante. Dans la grande majorité des cas, [ils] recherchent une autonomie des partis, pour ne pas être soumis ou instrumentalisés par ces acteurs dont l'objectif premier est d'accéder au pouvoir... la prise du pouvoir n'est pas le moteur de l'action ; c'est plutôt la remise en question de ce pouvoir, sa contestation et la recherche de transformations sociales...²¹⁶.

En d'autres termes, les points clés ci-après indiquent qu'un mouvement social « regroupe un ensemble d'acteurs sociaux et d'individus ; se développe en dehors des institutions formelles ; n'est pas spontané, mais est le résultat d'une action collective concertée [et planifiée] ; est porteur de revendications qui visent la transformation sociale ; [est marqué par] l'autonomie, et en particulier l'autonomie par rapport à l'Etat et aux partis politiques »²¹⁷ quand bien même il peut à certains moments s'allier à ces derniers.

La dernière définition prise en compte est celle d'Erik Neveu qui définit le mouvement social comme « un agir-ensemble intentionnel, marqué par le projet explicite des protagonistes de se mobiliser de concert. Cet agir ensemble se développe dans une logique de revendication, de défense d'un intérêt matériel ou d'une « cause » »²¹⁸. Par son objet, cette définition rapproche le mouvement social des groupes d'intérêt ou de pression. D'ailleurs, pour certains, dont Jacques Basso, les mouvements sociaux se confondent avec les groupes de pression²¹⁹.

I.2.3.3. Groupe de pression/Groupe d'intérêt/lobbying

R.G. Schwartzberg définit un groupe de pression comme « une organisation constituée pour la défense d'intérêts et exerçant une pression sur les pouvoirs publics afin d'obtenir d'eux des décisions conformes à ces intérêts »²²⁰. Pris pour synonyme de groupes de pression par P. Braud, l'expression groupes d'intérêts sous-tend « toute organisation constituée qui cherche à

²¹⁶ Pascale DUFOUR, 'Comprendre les mouvements sociaux en science politique : une histoire tumultueuse et pleine de promesses', in *Groupes d'intérêt et Mouvements sociaux*, ed. by Jean-Patrick BRADY and Stéphane PAQUIN, Prisme (Laval: Presses de l'Université Laval, 2017), pp. 33–52 (pp. 34–36).

²¹⁷ *Ibidem*, p. 37.

²¹⁸ Erik Neveu, *Sociologie Des Mouvements Sociaux* (Paris: La Découverte, 2002), pp. 8–9.

²¹⁹ Jacques A. Basso, *Les Groupes de Pression* (Paris: PUF, 1983), p. 1.

²²⁰ Roger-Gérard Schwartzberg, *Sociologie Politique*, 5ème édition (Paris: Montchrestien, 1998), p. 540.

influencer le pouvoir politique dans un sens favorable aux préoccupations sociales qu'elle prend en charge »²²¹. Pour ce même auteur, l'expression groupe de pression est préférable à celle de groupe d'intérêts en ce sens qu'elle (la première) « semble connoter, à tort, une activité permanente d'intimidation auprès des pouvoirs publics »²²². Schwartzberg souligne que les deux expressions présentent en commun les éléments ci-après : « l'existence d'un groupe organisé, la défense d'intérêts, et l'exercice d'une pression »²²³. Autrement dit, groupes de pression et groupes d'intérêt sont des synonymes.

En effet, un groupe de pression est un groupe associatif (*associational group*)²²⁴ par opposition aux *anomic, non associational* et *institutional groups*²²⁵. Les groupes d'intérêts associatifs sont ceux qui « possèdent un degré *d'organisation et de spécialisation* qui caractérise les groupes de pression efficaces »²²⁶. Les intérêts poursuivis par ces groupes sont soit matériels ou financiers, soit moraux ou idéologiques. Selon David Truman, cité par Roger-Gérard Schwartzberg,

un « groupe d'intérêt » ne devient un « groupe d'intérêt politique » ou un « groupe de pression », que s'il tente d'influencer les décisions des pouvoirs publics. Sinon (cas d'un syndicat patronal se bornant à discipliner la profession en réglementant l'activité de ses membres), il demeure un simple groupe d'intérêts. Ceci étant, étudier les groupes de pression, c'est analyser les groupes d'intérêts dans leur dynamique externe et spécialement dans leur activité politique. Un groupe de pression est un groupe d'intérêts en extraversion. [II] est un groupe d'intérêts qui exerce une pression²²⁷ sur les pouvoirs publics ou d'autres organisations-cibles.

A ce titre, les groupes de pression sont parmi les agents de développement politique.

Par ailleurs, le concept « lobby » est pris pour synonyme de groupe de pression, de groupe d'intérêt et de groupe d'influence. En effet, les actions menées par des représentants d'intérêts sont le *lobbying*. Ce dernier consiste « à procéder à des interventions destinées à influencer directement ou indirectement l'élaboration, l'application ou l'interprétation de mesures

²²¹ Philippe Braud, *Sociologie politique*, Manuel, 4e éd (Paris: LGDJ, 1998), p. 279.

²²² *Ibidem*.

²²³ Roger-Gérard SCHWARTZENBERG, *Op. cit*, p. 450.

²²⁴ G. A. Almond et G. B. Powell, *Comparative Politics. A developmental Approach*, Boston, 1966, p. 72. Les groupes associatifs sont des organisations volontaires et spécialisées dans l'articulation des intérêts : syndicats, groupements patronaux, associations ethniques ou religieuses, groupements civiques selon Almond et Powell.

²²⁵ Les groupes anomiques renvoient aux formations spontanées et éphémères, souvent violentes comme les manifestations ou les émeutes ; les groupes non associatifs sont des groupements informels, intermittents et non volontaires caractérisés par l'absence de continuité et d'organisation ; et les groupes institutionnels sont des organisations formelles (partis politiques, armées, administrations, etc.) remplissant d'autres fonctions que l'articulation des intérêts, mais pouvant s'y livrer, en corps ou en partie.

²²⁶ Roger-Gérard SCHWARTZENBERG, *Op. cit*, p. 541.

²²⁷ Cité par *Ibidem*, p. 542.

législatives, normes, règlements et plus généralement, toute intervention ou décision des pouvoirs publics »²²⁸. Par exemple, le rôle d'un lobby sera « d'infléchir une norme, d'en créer une nouvelle ou de supprimer des dispositions existantes »²²⁹. On trouve, d'une part, des *lobbies* à caractère économique appelés *Professional lobbies* regroupant les groupes industriels ou financiers, les entreprises multinationales ou organisées en filières, les organisations professionnelles, syndicats, fédérations, etc.. Et d'autre part, on a des *lobbies* non lucratifs appelés *citizens lobbies* ou « non profit groups » regroupant les organisations non gouvernementales et les associations comme le montre De Schutter.

D'après De Schutter, dans la conception de la communauté européenne, « les groupes de pression comprennent des groupes de promotion visant la défense d'intérêts diffus et des groupes d'intérêt visant la défense des intérêts exclusifs de leurs membres »²³⁰. Ainsi par définition, les groupes de promotion sont des « groupes idéologiques ou des groupes qui assument la défense d'une cause. Ils correspondent aux *citizens lobbies*. De leur part, les groupes d'intérêt sont des « organisations professionnelles, entreprises, groupes d'affaires, et sociétés multinationales ». Ils correspondent aux *lobbies* à but lucratif²³¹.

Dans certains Etats, dont le Canada, la loi encadre l'activité de lobbyisme. D'après la loi canadienne sur la transparence et l'éthique en matière de lobbyisme, « constituent des activités de lobbyisme [...] toutes les communications orales ou écrites avec un titulaire d'une charge publique en vue d'influencer ou pouvant raisonnablement être considérés, par la personne qui les initie, comme étant susceptibles d'influencer la prise de décision »²³². Toujours selon cette loi, « tous les groupes de pression ne sont pas considérés comme des « lobbys », et n'ont pas à s'enregistrer au registre des lobbyistes »²³³.

I.2.3.4. Société civile

Aux origines, le concept « société civile » signifiait autre chose que ce que nous en connaissons aujourd'hui. Partant de l'étymologie du mot, Thomas Hobbes présentait la société civile comme étant synonyme de l'Etat. Pour Jean-Jacques Rousseau, la société civile était

²²⁸ Franck J. Farnel, *Le lobbying : stratégies et techniques d'intervention* (Paris: éditions organisation, 1994).

²²⁹ Gilles Lamarque, *Le Lobbying*, Que Sais-Je ? (Paris: PUF, 1994), p. 6.

²³⁰ Olivier De Schutter, 'La Fonction des groupes de pression dans la communauté européenne', *Courrier Hebdomadaire Du Crisp*, 1398–1399, 1993, p. 4.

²³¹ *Ibidem*.

²³² Annie Chaloux and Eugénie Dostie-Goulet, 'Les groupes environnementaux québécois et leurs actions. Quelle influence sur l'action publique québécoise', in *Groupes d'intérêt et mouvements sociaux*, ed. by Jean-Patrick BRADY and Stéphane PAQUIN, Collection Prisme (Québec: Presses de l'Université Laval, 2017), pp. 151–73 (pp. 166–67).

²³³ *Ibidem*, p. 167.

synonyme de société [privée] marchande²³⁴. A ces jours, cette acception a évolué. Si pour les uns la société civile doit se définir par opposition à l'Etat²³⁵, pour les autres dont Freund, elle est plutôt « le lieu où le privé et le public s'interpénètrent »²³⁶.

En effet, sur le plan sociologique, la société civile peut être définie comme un

*ensemble des acteurs, des associations ; des organisations, des mouvements, des lobbies, des groupes d'intérêts, des think-tanks, etc., plus ou moins formels, qui ont un caractère non gouvernemental et non lucratif. Elle constitue une forme d'auto-organisation de la société en initiatives citoyennes en dehors du cadre étatique ou commercial. Ses objectifs sont fondés sur l'intérêt général ou collectif dans des domaines variés : sociopolitique, solidaire, humanitaire, éthique, juridique, environnemental, scientifique, culturel, etc.*²³⁷.

Cette définition s'inscrit dans la tripartition entre puissance étatique, le marché et le « troisième circuit de travail » composé d'initiatives privées non lucratives. De ce fait, la société civile n'inclut pas l'Etat et le commerce même si elle peut s'intéresser aux affaires de l'Etat et du commerce.

Cette définition paraît incomplète au regard de la compréhension actuelle de l'expression société civile. En effet,

*la société civile regroupe notamment les organisations syndicales et patronales (les "partenaires sociaux"), les organisations non gouvernementales (ONG), les associations professionnelles, les organisations caritatives, les organisations de base, les organisations qui impliquent les citoyens dans la vie locale et municipale, avec une contribution spécifique des Églises et communautés religieuses*²³⁸.

Cette définition s'inscrit dans le schème analytique qui présente la société civile comme un lieu où s'imbrique le privé et le public. En effet, non seulement elle fait allusion au rôle que doivent jouer les religions, mais aussi elle insiste sur la participation des citoyens, acteurs privés par essence, à la vie publique de leurs municipalités. Les organisations patronales sont aussi membres de la société civile.

C'est cette définition qui corrobore la compréhension qu'on a de la société civile en R.D. Congo. C'est autour de la société civile que se structure l'action protestataire. Certes, certaines actions échappent au contrôle de la société civile comme structure en ce sens que certains groupes sociaux ne s'identifient pas à la société civile tout en étant civils. C'est ce bémol qu'introduit G. Pirotte lorsqu'il écrit que la société civile « ne concerne pas tous les phénomènes

²³⁴ François Rangeon, *Société civile: histoire d'un mot* (Uzès: Inclinaison, 2013).

²³⁵ Le Monde, 27 décembre 1984.

²³⁶ J. Freund, *L'essence Du Politique* (Paris: Sirey, 1965), p. 299.

²³⁷ Dictionnaire de politique, Utopia (en ligne).

²³⁸ Union Européenne, *Livre blanc de la gouvernance*, février 2002.

d'engagement citoyen mais demeure néanmoins un espace privilégié d'expression de cet engagement »²³⁹.

En RDC, les composantes ou organisations membres de la société civile sont : les associations féminines, les associations de la presse, les associations culturelles et sportives, les organisations des jeunes, les confessions religieuses, les organisations non gouvernementales dans leur diversité (droits de l'homme, paix, éducation civique, environnement, etc.), les ordres professionnels, les sociétés savantes (écrivains, chercheurs), les syndicats et diverses corporations²⁴⁰.

En fait, la société civile peut être présentée comme un contrepoids au pouvoir public. Elle a pour missions, entre autres, de stimuler la pleine participation de citoyens à la vie publique, de consolider la démocratie et ses attributs, de servir de cadre d'expression libre, de promouvoir le pluralisme et la diversité, de former et d'informer. Mulumbati Ngasha présente la société civile « comme un substitut des partis politiques »²⁴¹. En effet, ces derniers accusent des déficits dans leur organisation et dans leur fonctionnement au point qu'ils sont presque réduits à des simples machines à activer la veille des élections. La société civile est structurée du sommet à la base. On peut trouver la direction nationale et les coordinations provinciales et urbaines ainsi que les noyaux locaux. Selon Adrien Mulumbati Ngasha, la société civile qui était hier apolitique serait aujourd'hui devenue politique comme les partis politiques. Ceci serait plus spécifiquement le fait des composantes et moins celui de la structure société civile. En fait, les rapports existants entre partis politiques, groupes de pression ou société civile et ses composantes oscillent entre dépendance et autonomie. C'est à ce titre qu'il arrive à la société civile de chercher à conquérir et à exercer le pouvoir politique. Certaines de ses composantes alignent même des candidats aux élections à différents échelons sous l'étiquette d'indépendants. Elles alignent aussi leurs membres sur les listes des partis politiques. De ce fait, la société civile aurait des membres au gouvernement, au parlement et aux conseils municipaux²⁴². D'ailleurs, affirme-t-il, la société civile pose parfois des actions politiques en lieu et place des partis politiques. C'est ainsi que la société civile fait et défait les gouvernements par et à travers divers mécanismes, notamment la grève²⁴³ et les marches publiques au même titre que ses composantes prises isolément.

Un clin d'œil, bien que bref, sur l'histoire récente de la politique du conflit dans la région de Beni-Butembo mérite d'être fait.

²³⁹ Gautier Pirotte, 'Engagement Citoyen et Société Civile', *SociologieS [En Ligne], Transferts, L'engagement Citoyen En Europe Centrale et Orientale*, 2009, p. 2, disponible sur <http://sociologies.revues.org/index3017.html>.

²⁴⁰ Informations obtenues auprès de la coordination urbaine de la société civile de Butembo, 2021.

²⁴¹ Adrien MULUMBATI NGASHA, *Sociologie politique*, éd. AFRICA, Lubumbashi, 2009, pp. 32-33.

²⁴² *Ibidem*, p. 33.

²⁴³ *Ibidem*.

I.2.3.5. Évolution de la politique du conflit dans la région de Beni-Butembo

Notre milieu d'étude est pluriethnique en ce sens qu'il compte en son sein plusieurs ethnies ou tribus. Parmi ces groupes ethniques nous pouvons citer les *Wanande*, *Watalinga*, *Wapiri*, *Wambuba*, *Wapakombe* et *Wambuti* (pygmées). Ce sont les Wanande qui y sont majoritaires. Faute de recensement de la population, les chiffres existants ne sont pas fiables et sont contradictoires. D'une manière générale, on observe une cohabitation pacifique entre ces différents groupes parfois aux mœurs différentes mais partageant le même espace. Ces peuples sont connus pour leur calme légendaire, désintéressés en grande partie de la politique. L'agriculture est l'activité principale pratiquée dans cette contrée. Par ailleurs, le commerce y est également pratiqué.

C'est grâce à l'Eglise, surtout catholique, qu'ils s'expriment pour manifester leur ras-le-bol ou opinion. Des politiciens au sang chaud ont également joué ce rôle pendant la deuxième République caractérisée par le musèlement de la liberté d'opinion. La société civile a également relayé cet élan de participation politique surtout depuis les années 1990, période pendant laquelle le régime du Président Mobutu a accepté d'ouvrir l'espace politique et social au pluralisme.

Mais cette participation politique aux allures de ce que nous avons appelé politique du conflit prend son acuité à partir de la guerre de l'AFDL menée par Laurent Désiré Kabila et compagnons. Cette guerre, appuyée directement par le Rwanda, l'Ouganda et l'Angola²⁴⁴, a commencé en septembre 1996 et s'est soldée le 17 mai 1997 par la capitulation du régime de Mobutu au profit de l'AFDL. Mobutu se réfugia au Maroc avant d'y trouver la mort le 07 septembre 1997. C'est avec ce changement de régime que certains événements se sont produits non seulement dans la partie nord de la province du Nord-Kivu mais également dans tout le pays. Pour ne parler que de la partie nord de la province du Nord-Kivu (la région de Beni-Butembo), des personnes ont été tuées, d'autres violées, des biens pillés et des maisons incendiées par l'AFDL en coalition avec l'APR le 6 janvier 1997 et en janvier 1998 à Kyavinyonge (dans le territoire de Beni), le 20 février et du 14 au 17 avril 1998 en ville de Butembo sur la colline de Kikyo et ses périphéries²⁴⁵.

Les massacres de Kikyo à Butembo méritent un commentaire. En effet, ce sont eux qui ont servi de détonateur et ou d'éveilleur du Parlement débout de Furu (PDF) en référence aux parlements débout de l'Union pour la Démocratie et le Progrès Social (UDPS) qui servaient de

²⁴⁴ Colette Braeckman, « La campagne victorieuse de l'AFDL », in *Kabila prend le pouvoir*, éd. par Colette Braeckman, Marc Schimtz, et Sophie Nolet, Les livres du GRIP, n° 226-227 (Bruxelles: Editions GRIP : [Diffusion par] Editions Complexe, 1998), p. 75.

²⁴⁵ Nations Unies, *Rapport du projet mapping sur les violations commises en R.D. Congo entre mars 1993 et juin 2003* (New York & Genève: HCNUDH, August 2010), pp. 137-38.

contrepoids à la dictature de la deuxième République. Dans la compréhension locale, Furu désigne la partie Nord de la ville de Butembo qui longe la route nationale qui mène vers Beni. C'est dans cette contrée que des civils ont été massacrés au motif qu'ils soutenaient les miliciens *mai-mai* qui venaient attaquer les positions de l'armée. La population locale semble tolérante vis-à-vis de ces miliciens qu'elle considère comme un antidote à l'invasion du pays par le Rwanda et l'Ouganda.

Depuis ce temps, la partie nord de la ville est le symbole de la résistance contre l'insécurité et la criminalité, les abus et injustices des pouvoirs publics et autres acteurs. Pour y arriver, elle organise, à travers surtout le PDF et le comité des victimes survivantes des massacres de Kikyo (COVISMAKI), des marches, sit-in, villes mortes, etc. Dans son chapitre revendicatif, cette population réclame aussi que les auteurs de ces massacres soient traduits en justice. C'est aussi grâce à cet activisme que la population a réussi à faire élire Monsieur Mbindule Mitono Crispin comme député national en 2011. Un bras de fer avait d'ailleurs opposé en 2010 la population de cette partie à l'ancien Maire de la ville de Butembo Hubert Shahetera au point que ce dernier avait mis à prix la tête de Mbindule Mitono Crispin contre cent dollars américains. Le PDF a étendu son champ d'action sur d'autres quartiers de la ville et a réussi à faire réélire son député en 2019. Toutefois, suite aux incompréhensions internes, le PDF a connu, en 2013, une scission qui a donné naissance à la Véranda Mutsanga (VM). Celle-ci a aussi réussi à faire élire deux députés (national et provincial) en ville de Butembo aux élections de 2019. Par ailleurs, une nouvelle scission au sein du PDF s'est observée à partir de 2021. Deux ailes y fonctionnent, à savoir : celle de Mbindule Mitono Crispin et celle de Katembo Tsongo Léon. Ces deux acteurs sont tous anciens du parti politique Union pour la Nation congolaise (UNC, en sigle). Ils sont devenus respectivement membres de l'UDPS et du Bloc Uni pour la Renaissance et l'Emergence du Congo (BUREC, en sigle) où ils ont été candidats députés nationaux en 2023.

L'on a dès lors constaté un engouement pour un engagement citoyen dans la vie publique qui s'est alors accéléré et étendu sur la ville de Beni et les territoires de Beni et Lubero. Cet engouement s'est accéléré surtout à partir de 2014-2015 années marquant le retour et la généralisation des massacres et le refus des manœuvres du régime de Joseph Kabila visant à s'éterniser au pouvoir. Ainsi, au côté de la société civile, des églises, du PDF et de la VM que nous venons de citer, d'autres groupes sociaux sont nés. A titre d'illustration, nous en citons quelques-uns dont la Lutte pour le changement (LUCHA), le mouvement Filimbi, les Jeunes patriotes de Butembo (JPB), la Dynamique des femmes pour la bonne gouvernance (DYFEGOU) et bien d'autres petits groupes aux dimensions d'un village, d'un quartier et ou d'une ou quelques agglomérations. En ville de Beni, par exemple, il existe un groupe appelé *Watoto wa Beni* (les enfants de Beni) qui a pour objectif de faire diriger les principaux secteurs de la ville par les enfants originaires de Beni.

Ces différents groupes ont un impact réel sur la vie publique de la contrée étudiée en ce sens qu'ils s'intéressent à toutes les questions et ce dans tous les domaines de la vie publique des communautés locales. Ils ne s'étaient pas désintéressés de l'apparition et de la gouvernance de la dixième épidémie d'Ebola. C'est pourquoi leurs réactions, parmi tant d'autres, ont intéressé cette étude.

Les concepts riposte/réponse et « vainqueurs » utilisés dans la lutte contre le dixième épisode d'Ebola méritent d'être élucidés.

I.2.4. Concepts liés à la lutte contre la dixième épidémie d'Ebola

Nous définissons dans cette section les concepts de riposte et de « vainqueur » d'Ebola.

I.2.4.1. Riposte/Réponse

Les concepts riposte et réponse se situent sur un même continuum, celui de la lutte contre l'épidémie. En effet, le mot riposte renvoie à l'action engagée pendant les moments les plus durs de la maladie pour empêcher sa propagation. Par contre, celui de réponse a été utilisé lorsque la maîtrise de l'épidémie devenait de plus en plus effective²⁴⁶.

Le concept riposte est celui qui a été utilisé dans la communauté, du début à la fin de l'épidémie. Seules les personnes bien informées pouvaient utiliser celui de réponse.

I.2.4.2. « Vainqueur » d'Ebola

Cette expression désigne tout(e) survivant(e) ou guéri(e) d'Ebola. Les « vainqueurs » d'Ebola ont l'avantage d'être « immunisés contre le virus (qui persiste dans leurs parties génitales pendant plusieurs mois) »²⁴⁷. Ils sont, de ce fait, des agents sur lesquels la gouvernance de la riposte s'appuie pour encadrer les malades d'Ebola présents dans les CTE. Ils servent également pour motiver la communauté à coopérer avec les équipes de la riposte. Ces « vainqueurs » sont parmi les groupes stratégiques grâce à qui le présent travail a été constitué.

Par ailleurs, il est [quasi-] impossible de dire avec précision à partir de quand la personne est tombée malade et quand elle est guérie en ce sens qu'il existe « une sorte de continuum entre le normal et le pathologique tant au début de la maladie qu'à la fin »²⁴⁸. Ceci rend difficile la définition de la notion de santé, tout comme celle de maladie, qui « est à la fois une

²⁴⁶ Cette nuance est tirée de différents entretiens effectués en 2020 avec une partie du personnel de santé engagé dans la riposte.

²⁴⁷ 'RDC: Les "Vainqueurs" d'Ebola, Des Brigades de l'espoir Sur Le Front de l'épidémie', *AFP* (Paris, 20 September 2019).

²⁴⁸ Maryse Gaimard, *Op. cit.*, p. 19.

réalité biologique et culturelle, individuelle et collective »²⁴⁹. Partant, la guérison médicale peut être différente de la guérison sociale. Pour une épidémie aussi contagieuse qu'Ebola, le fait qu'un médecin libère quelqu'un de l'hôpital ne suffirait pas pour qu'il soit accepté comme guéri. Une société qui vit sa première expérience d'une telle épidémie et qui croirait aux théories complotistes aura du mal à accepter cette guérison déclarée par le médecin. Par conséquent, la personne déclarée guérie sera stigmatisée sous prétexte qu'elle risque de propager la « maudite » maladie. Les gens peuvent refuser de communier avec lui (être doigté, refuser de partager le repas, la douche, le lit, etc.).

Le concept « vainqueur » peut faire objet de débat. En effet, il suppose que le guéri a gagné par sa force la maladie. Or il s'avère que plusieurs acteurs ont été mis à contribution pour en arriver à la guérison comme nous l'avons décrit ci-haut. Par ailleurs, dans une société, comme celle de Beni-Butembo-Lubero, où la religion a une forte assise, l'on pourrait évoquer également l'intervention des divinités en faveur des guérisons. Ainsi donc, les concepts survivant, guéri, rescapé,...pourraient être utilisés (ou mieux conviendraient) en lieu et place de celui de « vainqueur ». Mais pour des raisons pédagogiques, nous optons pour le concept utilisé dans les milieux hospitaliers puis popularisé vu les aspects socio-anthropologiques suscités par ce sujet. Toutefois et pour ces raisons, nous veillerons à le mettre entre guillemets sauf dans les tableaux.

Les concepts élucidés dans ce chapitre à partir du modèle d'analyse développé par la problématique et les hypothèses méritent d'être scrutés en fonction des théories y afférentes.

²⁴⁹ *Idem*, p. 13.

Chapitre deuxième : Théories de l'action publique et de l'action collective

Ce chapitre comprend deux sections. La première aborde les théories explicatives de l'action publique et la seconde les théories de l'action collectives, les deux s'inscrivant dans la droite ligne des concepts élucidés précédemment.

II.1. Théories de l'action publique

Dans ce travail et comme dit précédemment, les concepts action publique, politique publique et décision administrative ou politique répondent à la même logique, celle ayant trait aux activités du ou des pouvoir (s) public (s) envers la communauté. Ces trois concepts sont également expliqués par les mêmes théories. Mais avant d'y arriver, nous situons l'émergence des politiques publiques dans le contexte de l'Etat moderne.

II.1.1. Etat et politiques publiques

Si pour les uns il faut parler de *Policy sciences*, pour les autres il faut parler de *Policy analysis* pour désigner ce champ de la connaissance qui étudie les actions de l'Etat appelées politiques publiques. Cette apparente différence tire son origine de l'évolution de cette branche. Les *policy sciences* renvoient à la fois à « une science de l'action publique et pour l'action publique... C'est donc un projet simultanément politique et scientifique, celui de la rationalisation de l'action publique »²⁵⁰. Ce sont les praticiens de divers domaines, à la fois juges et parties, qui sont à la base de la naissance des *policy sciences* aux Etats-Unis. Depuis les années 1970, le concept le plus fréquemment utilisé est celui de *policy analysis*. Par ce terme, Duran pense que l'observateur devrait tenir une distance vis-à-vis de l'action, qu'il ne devrait pas s'engager dans la réalisation des objectifs de l'administration ou de l'action étudiée²⁵¹. Par ailleurs, qu'on ait adopté l'une ou l'autre expressions, les *policies* (politiques) sont présentées comme étant « à la croisée des chemins »²⁵² en ce sens qu'elles « sont typiquement multidisciplinaires dans leurs approches intellectuelles et pratiques »²⁵³. En dépit de cette multidisciplinarité, c'est particulièrement en Science politique que la science des politiques ou l'analyse des politiques [publiques] trouve un terrain fertile. Ceci pourrait être dû à l'objet de ce champ vaste. Et si l'on s'en tenait à l'adage

²⁵⁰ Hassenteufel, *Op. cit.*, p. 19.

²⁵¹ Patrice Duran, 'Genèse de l'analyse Des Politiques Publiques:', in *Dictionnaire Des Politiques Publiques* (Presses de Sciences Po, 2014), pp. 289–99 (p. 292), disponible sur <https://doi.org/10.3917/scpo.bouss.2014.01.0289>.

²⁵² Peter DeLéon and Danielle M. Vogenbeck, 'The Policy Sciences at the Crossroads', in *Fischer Frank, J. Miller Gerard, S. Sidney Mara, Handbook of Public Policy Analysis : Theory, Politics, and Methods* (London, New York: CRC Press, 2007), p. 3.

²⁵³ *Ibidem*, p. 4.

« Tout n'est pas politique, mais la politique s'intéresse à tout »²⁵⁴, l'on peut dire que c'est la politique qui organise la société dans toutes ses dimensions.

En fait, les politiques publiques sont intimement liées à l'émergence de l'Etat. Toutefois, elles trouvent leur sens le plus profond avec l'émergence de l'Etat-Providence car c'est à partir de là que les risques collectifs, jusque-là couverts individuellement, font intervenir l'Etat. Selon Leclerc le mot Etat-Providence est apparu pour la première fois en France en 1864²⁵⁵. Un document anonyme situe le premier usage de l'expression « Etat-Providence » à l'année 1870 et l'attribue au député libéral Emile Olivier²⁵⁶. En dépit de cette contradiction, ce qui est commun aux deux c'est d'avoir situé l'apparition de cette expression dans la deuxième moitié du XIX^{ème} siècle. L'Etat providence se donne pour mission d'assurer le bien-être de la population dans tous les secteurs de la vie en redistribuant les richesses mobilisées. Ce *welfare state*, selon l'expression anglophone, est marqué par le souci de solidarité entre classes sociales et la recherche de la justice sociale contrairement à l'Etat régalien cantonné aux seules missions régaliennes de l'Etat (Sécurité, ordre et défense de la propriété privée). Pour celui-là les questions sociale et sanitaire sont prises en charge par l'Etat alors que pour celui-ci c'est l'individu ou la famille qui prend en charge les soins médicaux ou de survie des non productifs.

La notion de politique publique n'est pas l'apanage du seul Etat-Providence. On en trouve dans presque tous les Etats, forts ou faibles, libéraux ou socialistes, et, *a fortiori*, dans les pays communistes. Dans les Etats faibles, comme la RDC par exemple, certaines politiques n'existent que sur papier alors que dans la pratique rien n'est fait. Haussenteufel, inspiré par Lascoumes et Le Galès, nous présente le tableau ci-après sur le lien entre types des politiques publiques et formes d'Etats.

²⁵⁴ Jérôme-Alexandre Nielsberg, 'De Marx à Machiavel Sciences Humaines et Politique', *Nouvelles FondationS*, n° 2.2 (2006), 3-4, <https://doi.org/10.3917/nf.002.0003>.

²⁵⁵ Arnaud Leclerc, *Introduction à La Science Politique. Leçon 7 : Quelles Sont Les Formes de l'Etat ?* (UNJF), p. 9.

²⁵⁶ Valer Oumbe, 'Naissance et Développement de l'Etat-Providence', disponible sur <https://www.academia.edu/> [consulté le 22 Juin 2022].

Tableau 01 : Type de politique publique, forme de l'Etat et mode de légitimité

Type de politique emblématique	Forme de l'Etat	Mode de légitimation dominante
Règlementaire	Etat régalien	Maintien de l'ordre
Intervention directe (administration publique)	Etat nation	Valeurs collectives
Redistributive	Etat providence	Prise en charge des risques collectifs
Intervention directe (production économique)	Etat producteur	Bien-être économique
Procédurale (instruments conventionnels et délibératifs) Incitative (instruments informationnels et standards de bonnes pratiques)	Etat régulateur	Démocratique Efficience

Source : Patrick Hassenteufel, *Op.cit.*, p. 16.

Toutefois, Vincent Dubois note que dans le milieu des années 1970 l'on a observé « un processus inverse de désengagement des pouvoirs publics ou au moins de redéfinition de leur intervention »²⁵⁷. Dubois ajoute que :

*c'est...l'étendue des responsabilités des pouvoirs publics qui est révisée à la baisse, au nom d'une autolimitation pragmatique (« l'Etat ne peut pas tout faire ») et/ou du principe de responsabilité individuelle (« il ne faut pas tout attendre »). Au gouvernement de la société piloté par l'Etat succéderait donc une « gouvernance » à laquelle participerait de manière variable un ensemble d'acteurs publics et privés, situés tant aux niveaux local et supranational qu'au plan national*²⁵⁸.

L'action publique devient alors l'« ensemble des relations, des pratiques et des représentations qui concourent à la production politiquement légitimée de modes de régulation des rapports sociaux »²⁵⁹ dépassant le seul cadre national. On va dès lors observer que certains services vont être gérés et fournis, au nom de l'Etat, par des privés ; d'autres vont continuer à être gérés directement par les pouvoirs publics ; d'autres encore vont passer, au nom du « tournant néolibéral », du cadre national au cadre international et transnational. La question ne va donc pas concerner les seuls acteurs publics, les privés sont également associés ; le cadre territorial s'élargit également au nom de l'intégration économique par exemple.

Le néo-institutionnalisme rassemble un bon nombre de théories explicatives des décisions, actions et politiques publiques.

²⁵⁷ Vincent Dubois, 'L'action Publique', in *Nouveau Manuel de Science Politique*, ed. by Antonin Cohen, Bernard Lacroix, and Philippe Riutort (Paris: La Découverte, 2009), pp. 311–32 (p. 311).

²⁵⁸ *Ibidem*.

²⁵⁹ *Idem*, p. 312.

II.1.2. Approches intégrées des politiques publiques

Michael Walzer pense que « débattre de la prise de décision en soi n'est généralement ni pertinent ni nécessaire »²⁶⁰. Pourtant lui-même nuance en écrivant « qu'on peut se demander – c'est même souvent indispensable – comment *telle* décision devrait être prise »²⁶¹. C'est dans cette logique que s'inscrit la présente section qui résume les grandes théories qui expliquent la prise, la conduite et ou l'implémentation des politiques, actions et décisions publiques.

Daniel Kubler et Jacques de Maillard notent trois logiques qui président à la prise de décision. Il s'agit des rationalités absolue et limitée, l'incrémentalisme ou le modèle de la débrouille, et le poids de l'inertie qui insiste sur le poids de l'héritage dans la prise de décision²⁶². Ces derniers modèles reposent sur le même comportement de base, à savoir la résistance au changement. Pour leur part, Luc Bernier et Guy Lachapelle classent les théories explicatives des politiques publiques en deux grandes catégories. D'une part, il y a les théories de la rationalité du décideur ; et d'autre part, les théories taxonomiques qui présument moins de rationalité²⁶³. De son côté, Struye de Swielande²⁶⁴ identifie les approches théoriques rationnelle, cognitive, bureaucratique et les variables de Rosenau pour expliquer les déterminants de la prise de décision. Pour sa part, Voilliot, se fondant sur le concept de référentiel qui articule valeurs, normes, algorithmes et images²⁶⁵, résume les pensées respectives de Charles Jones, de Brunot Jobert et Pierre Muller, puis de Rhodes et Marsh autour de trois théories explicatives de l'action publique. Il s'agit de la théorie du *rational choice*, des approches cognitives et de l'analyse des réseaux²⁶⁶.

Toutes ces théories sont englobées dans ce que Daniel Kübler et Jacques De Maillard ont convenu d'appeler « approches intégrées »²⁶⁷ de la conduite des politiques publiques. Elles s'inspirent de l'expression « Trois I » (Idées, Intérêts, Institutions²⁶⁸ ou Intérêts, Idées et

²⁶⁰ Michael Walzer, Jon Wiener, and Frédéric Joly, *Manuel d'action politique* (Paris: PP, Premier parallèle, 2019), p. 70.

²⁶¹ *Ibidem*.

²⁶² Daniel Kübler and Jacques de Maillard, *Analyser les politiques publiques*, Politique <en +> (Grenoble: Presses Univ. de Grenoble, 2009), pp. 42–49.

²⁶³ Luc Bernier and Guy Lachapelle, 'L'étude Des Politiques Gouvernementales', in *Lachapelle Guy, Bernier Luc et Paquin Stéphane, L'analyse Des Politiques Publiques* (Montréal: les Presses de l'Université de Montréal, 2010), pp. 9–35 (pp. 12–19).

²⁶⁴ Tanguy Struye de Swielande, *La Politique Étrangère de l'administration Bush* (Bruxelles: P.I.E. Peter Lang, 2007), pp. 24–32.

²⁶⁵ Pierre Muller, 'Référentiel', in *Laurie Boussaguet, Sophie Jacquot et Pauline Ravinet (s/Dir), Dictionnaire Des Politiques Publiques*, 3è (Paris: Les Presses de Sciences Po, 2010), pp. 555–61.

²⁶⁶ Christophe Voilliot, *Op. cit.*, pp. 196–199.

²⁶⁷ Expression utilisée par Kubler et De Maillard, *Op. cit.*, p. 97&189.

²⁶⁸ Yves Surel, 'TROIS I', in *Laurie Boussaguet, Sophie Jacquot et Pauline Ravinet, Dictionnaire Des Politiques Publiques*, 3ème (Paris: Les Presses de Sciences Po, 2010), pp. 650–56.

Institutions²⁶⁹ ou encore Intérêts, Institutions et Idées²⁷⁰) du néo-institutionnalisme. Il semble que l'ordre de succession de ces 3 « i » est moins important, celui-ci dépendant de l'objectif poursuivi par chaque auteur (e). Dans le cadre de cette étude, nous adoptons la succession faite par Daniel Kübler et Jacques De Maillard. Son avantage est qu'elle est chronologique dans la présentation des théories. Le premier 'i' (intérêts) comprend les théories les plus anciennes, le deuxième 'i' (institutions) les moins anciennes et le troisième 'i' (idées) les plus récentes. Ces trois temps des politiques publiques correspondraient à ce que De Leon et Vogenbeck appellent respectivement le positivisme (objectivisme) reposant sur la rationalité et l'intérêt personnel, le post-positivisme qui requiert la participation citoyenne, et les nouvelles approches qui s'articulent du post-positivisme à l'analyse insistant sur le réseau social²⁷¹. Autrement dit, ces trois temps correspondent aux rangements de l'économie (calcul de l'intérêt), du droit (règles des institutions) et de la sociologie-anthropologie et de la philosophie (identification des idées). Avant de les développer, le tableau ci-après nous en donne la synthèse.

²⁶⁹ Nino Junius and others, 'Is It Interests, Ideas or Institutions? Explaining Elected Representatives' Positions Toward Democratic Innovations in 15 European Countries', *Frontiers in Political Science*, 2 (2020), 584439 <https://doi.org/10.3389/fpos.2020.584439>.

²⁷⁰ Kübler et De Maillard, *Op. cit.*

²⁷¹ DeLéon and M. Vogenbeck, pp. 9–12.

Tableau 02 : Synthèse de l'approche intégrée des politiques publiques

N°	Modèle « 3 i » Critères	Intérêts	Institutions	Idées
1.	Fondamentaux de chaque approche théorique	<i>Homo oeconomicus</i> : rationalité des acteurs et intérêts personnels à la base des politiques/décisions/actions publiques	<i>Homo juridicus</i> : Les institutions forment, structurent et déterminent les politiques/décisions/actions publiques	<i>Homo socialis</i> : Conduite des politiques/décisions/actions publiques est un processus social de construction de sens : perceptions et interprétations à la base des affrontements entre acteurs
2.	Théories et/ ou Courants	Théorie du choix rationnel ou <i>rational choice theory</i> ou <i>public choice</i> - Théorie économique de la démocratie : politiques publiques ne sont pas en premier lieu des solutions à des problèmes, leur but est de gagner les élections - Théorie de la bureaucratie - Institutionnalisme du choix rationnel	- Institutionnalisme historique : processus temporels et rôle des institutions dans le changement des politiques publiques dans une perspective comparative - Institutionnalisme sociologique : insiste sur le fonctionnement interne des organisations et le rôle des matrices culturelles (systèmes des normes, valeurs, matrices cognitives). Les politiques publiques sont des solutions qui ont trouvé des problèmes par la voie de la fenêtre d'opportunités	Il s'agit du néo-institutionnalisme discursif ²⁷² . Pour appréhender la dimension idéale de la conduite des politiques publiques, on a : - paradigme des pp - récit des pp - référentiels des pp - approche par coalition des causes - notion d'apprentissage
3.	Variantes et/ ou modèles	- Rationalité parfaite/analyse séquentielle (modèle du cycle politique)/modèle eastonien inputs-outputs - Rationalité limitée : satisfaction personnelle du décideur est la règle de la décision - Incrémentalisme : solution satisfaisante à adapter au fur et à mesure	- Poids de l'inertie institutionnelle : administrer c'est hériter - Anarchies organisées/modèle de la poubelle : coalitions d'acteurs forts divers, intérêts divergents et objectifs divergents, voire flous, connaissance limitée du fonctionnement de l'organisation, acteurs non concernés au même degré (temps, impact) - Analyse des réseaux : fréquence et intensité des relations entre acteurs. D'où réseau d'acteurs (iron triangle), réseaux des projets et réseaux thématiques - Scripts cognitifs : codes culturels déterminants l'action humaine	Approche cognitive et normative

Source : Nos différentes lectures (notes de bas de page 262, 268, 269, 270 et 271).

²⁷² Vivien A. Schmidt and Amandine Crespy, 'Néo-Institutionnalisme Discursif', in *Laurie Boussaguet, Sophie Jacquot & Pauline Ravinet, Op. Cit.*, 3ème (Paris: Les Presses de Sciences Po, 2010), pp. 350–58.

Bien que les différents auteurs parlent de trois « i », nous pouvons dire qu'il s'agirait concrètement de quatre « i ». En effet, le deuxième « i » (institutions) est dupliqué en ce sens qu'il est à la fois historique et sociologique.

Ce tableau suscite certains commentaires afin de fixer les lecteurs.

II.1.2.1. Intérêts et courants afférents

Cette sous-section explore les fondamentaux de la théorie, ses angles de vue, ses faiblesses et l'institutionnalisme du choix rationnel.

II.1.2.1.1. Fondements et théorie du choix rationnel

Le premier « i »²⁷³ (intérêt) relève de la théorie du choix rationnel. En fait, l'idée de base de cette théorie postule que « l'action publique, comme toute action humaine, s'explique par des stratégies d'individus cherchant à maximiser leur intérêt personnel »²⁷⁴. Elle repose sur la notion de l'*homo oeconomicus* qui aurait été utilisée pour la première fois par John Stuart Mill²⁷⁵. Les travaux de David Hume et Adam Smith clarifient le mécanisme de cet égoïsme humain en s'appuyant sur la notion d'utilitarisme selon laquelle « l'acteur agit en fonction du rapport coûts-bénéfices de différentes alternatives d'action »²⁷⁶. C'est ainsi qu'Adam Smith invente le concept de la 'main invisible' qui établit « le lien entre les actions individuelles et leurs conséquences sociétales... les individus, tout en poursuivant leurs intérêts personnels, produisent du changement social par agrégation et interaction – sans qu'ils en soient forcément conscients »²⁷⁷.

Selon ce modèle, Braun énonce quatre principes régissant l'agir humain²⁷⁸. *Primo*, l'acteur est égoïste en ce sens que l'individu pense surtout à lui-même. Ce qui n'exclut pas les actions bénéfiques pour autrui. *Secundo*, l'acteur maximise son utilité personnelle en recherchant la satisfaction la plus intense. *Tertio*, l'acteur est rationnel car il sait établir l'ordre de préférence pouvant lui permettre de choisir la meilleure alternative. *Quarto* (enfin), l'acteur

²⁷³ Si l'on s'en tient à l'ordre établi par Daniel Kübler et Jacques de Maillard, *Op. cit.*

²⁷⁴ *Ibidem*, p. 101.

²⁷⁵ Joseph Persky, 'Retrospectives : The Ethology of Homo Economicus', *The Journal of Economic Perspectives*, 9.2 (1995), 221–31.

²⁷⁶ David Hume et Adam Smith cités par Daniel Kübler et Jacques de Maillard, *Op. cit.*, p. 102.

²⁷⁷ Kübler et De Maillard, *Op. cit.*, p. 102.

²⁷⁸ Braun, D., *Theorien rationalen Handelns in der Politikwissenschaft. Eine Kritische Einführung*, Opladen, Leske + Budrich, 1999, cité par Daniel Kübler and Jacques de Maillard, *Op. cit.*, pp. 102-103.

est informé. Haussenteufel semble s'étonner lorsqu'il écrit à propos de ce modèle que « tout se passe comme si une "bonne" décision (c'est-à-dire rationnelle) ne pouvait qu'être appliquée sans difficultés »²⁷⁹. C'est donc un modèle autoritaire et hiérarchisé dans lequel on doit exécuter sans faille les étapes ou séquences d'une décision préalablement fixées. Ce modèle est inspiré du schéma systémique inputs-outputs. Comme le notent Jean-Claude Thoenig²⁸⁰ et Patrick Hassenteufel²⁸¹, plusieurs auteurs ont contribué à la construction de la grille séquentielle des actions et politiques publiques. En fait, en 1956, Harold Lasswell, considéré comme le pionnier de cette grille, a identifié sept étapes qui ont été en 1974 redéfinies et réduites en six par Garry Brewer. Charles Jones, à qui la grille séquentielle est souvent attribuée, a, pour sa part, identifié cinq séquences. Ce sont, enfin, les cinq séquences de James Anderson qui couronnent cette grille. Ces séquences sont la mise sur agenda (*policy agenda*), la formulation (*policy formulation*), l'adoption (*policy adoption*), la mise en œuvre (*policy implementation*) et l'évaluation (*policy evaluation*) d'une politique publique²⁸². Dans une situation exceptionnelle comme celle de la gestion de la dixième épidémie d'Ebola, il est certes difficile de respecter scrupuleusement ces étapes. Néanmoins, elles interviennent d'une manière ou d'une autre dans l'accomplissement des activités routinières.

Au regard de ce qui précède, Kubler et De Maillard, comme leurs prédécesseurs, pensent que la coopération entre plusieurs individus serait un phénomène rare car l'action collective ne va pas de soi. Il faut plutôt rechercher la possibilité de l'action collective et à trouver des explications logiquement cohérentes avec le modèle de l'action individuelle²⁸³. Ce qui entre en contradiction avec l'institutionnalisme rationnel que nous expliquerons peu après.

II.1.2.1.2. Quelques angles de vue de la théorie du choix rationnel

Trois angles de vue ont retenu notre attention dans la théorie du choix rationnel.

Le premier est celui qui considère les politiques publiques comme un bien public en référence au bien privé sur lequel les économistes ont bâti cette théorie. Le modèle de l'acteur individuel maximisateur d'utilité peut expliquer la conduite des politiques publiques. Ainsi, la production d'une décision ou politique publique est conçue comme « un marché des biens publics » où il s'agirait de souligner les mécanismes conduisant à mettre en équilibre l'offre et

²⁷⁹ Hassenteufel, p. 20.

²⁸⁰ Thoenig, TOME 4, pp. 18–39.

²⁸¹ Patrick Hassenteufel, *Op. cit.*, pp. 27-31.

²⁸² James Anderson cité par *Ibidem*, pp. 30-31.

²⁸³ Kubler et De Maillard, *Op. cit.*, 103.

la demande de ces biens²⁸⁴. Pour résoudre les problèmes de coopération dans le système politique en vue de la production de biens publics, c'est-à-dire les actions ou politiques publiques, l'analyse d'Anthony Downs est intéressante. En effet, selon ce dernier, le mécanisme qui assure l'équilibre entre l'offre et la demande est la démocratie. Ainsi, il réduit la conduite des politiques publiques à une relation d'échanges sur les marchés entre les gouvernements (offreurs) et les citoyens (demandeurs)²⁸⁵ en vue d'une éventuelle réélection au cas où le bilan se révélerait positif sur la vie en société. Les politiques publiques sont mises en œuvre pour persuader et plaire aux électeurs, et non pour apporter des solutions à des problèmes sociétaux. C'est bien cela que Farvaque et Paty appellent comportement opportuniste des élus dès lors que ceux-ci « vont donc tenter de manipuler les instruments de la politique économique de façon à accroître la probabilité de leur victoire aux prochaines élections »²⁸⁶. En fait, Downs note que « les fonctions sociales sont couramment le sous-produit (produit-dérivé), et les ambitions privées les fins, de l'action humaine »²⁸⁷. Joseph A. Schumpeter renchérit qu'il arrive souvent de « réaliser que la fonction sociale est remplie, pour ainsi dire, incidemment - dans le même sens que la production est accessoire à la réalisation du profit »²⁸⁸. De ce point de vue, l'on note qu'il y a, d'un côté, la finalité (atteinte des objectifs ou intérêts privés) et, de l'autre, les moyens de réalisation (politiques, actions et décisions publiques) de cette finalité assignée. Dans ce sens, nous pouvons dire qu'une politique publique est à l'intérêt politicien ce que la diplomatie est à la politique étrangère²⁸⁹. Ce n'est donc pas en vain que Vincent Dubois, s'inscrivant dans la logique de Cohen²⁹⁰, estime que « les illusions fonctionnaliste (l'action publique serait *faite pour* résoudre tel problème, remplir telle fonction) ou finaliste (son sens pourrait être déduit du but ultime revendiqué par les gouvernants) figurent parmi les pièges fréquemment tendus à l'analyse »²⁹¹ des politiques publiques. Celles-ci ne sont pas à considérer comme des moyens de résoudre des problèmes ; elles sont plutôt « le produit d'interactions, justifié

²⁸⁴ *Ibidem*, 103-104.

²⁸⁵ Anthony Downs cité par Kübler and Maillard, pp. 105-6.

²⁸⁶ Etienne Farvaque and Sonia Paty, *Economie de La Démocratie* (Bruxelles: De Boeck, 2009), pp. 74-75.

²⁸⁷ Anthony Down, *An Economic Theory of Democracy* (New York: Harper & Row publishers, 1957), p. 29.

²⁸⁸ Joseph A. Schumpeter cité par *Ibidem*.

²⁸⁹ Claude Roosens, 'La Diplomatie Contemporaine. Acteurs. Enjeux. Méthodes', in Tanguy de Wilde d'Estmael, Michel Liégeois et Raoul Delcorde, (dir.), *La Diplomatie Au Coeur Des Turbulences Internationales* (Louvain-La-Neuve: Presses Universitaires de Louvain, 2014), pp. 19-39 (p. 21).

²⁹⁰ M. D. Cohen and J. P. Olsen, 'Le Modèle Du "Carbage Can" Dans Les Anarchies Organisées', in *MARCH J.G., Décision et Organisation* (Paris: Editions d'organisation, 1991).

²⁹¹ Vincent Dubois, 'L'action Publique', in Antonin Cohen, et al., s/dir., *Nouveau Manuel de Science Politique* (Paris: La Découverte, 2009), pp. 311-32 (p. 315).

rétrospectivement en invoquant l'existence préalable d'un « problème à résoudre » qui est parfois inventé après le coup »²⁹².

Une autre compréhension à propos des politiques publiques vues comme biens publics est celle portée par Mancur Olson. Ce dernier met en exergue l'engagement et le comportement des groupes d'intérêts dans la production de ces biens. Ainsi, théoriquement, l'engagement de ces groupes consiste « à faire *du* politique l'objet de la politique, c'est-à-dire mettre en place les conditions d'une action collective authentiquement démocratique »²⁹³. Mais alors, à qui profite cet engagement pouvant aboutir à cette action démocratique ? C'est à cette question que Mancur Olson répond lorsqu'il constate que ces groupes sont en quête de rente (*rent seeking*). En fait, l'influence de ces groupes est bénéfique à leurs cartels qui se mobilisent pour influencer, à travers leur lobbying, la redistribution des richesses. Néanmoins, la stratégie de ces groupes agissant isolément ou en coalitions consiste à fabriquer des situations bénéfiques pour eux-mêmes, sans pour autant contribuer à l'accroissement du bien-être collectif. De ce fait, Olson considère ces groupes comme étant à la base de la décadence des nations au nom de la démocratie dont ils se prévalent au détriment de l'économie qui se voit en stagnation²⁹⁴.

Le second angle est celui des théories économiques de la bureaucratie. On les appelle aussi théories de la nouvelle économie politique ou, selon l'expression utilisée par Xavier Greffe, théories « de la gestion des institutions non marchandes »²⁹⁵. Alors que dans le premier angle nous avons développé des théories focalisées sur le côté des *inputs*, le second angle est à situer dans la conversion de ces *inputs* (demandes et exigences) en *outputs* à l'intérieur du système politique afin de guider l'action bureaucratique. En effet, les théoriciens du choix rationnel de la bureaucratie estiment que compte tenu de la faiblesse de contrôle de la part des autorités de tutelle sur les dirigeants des organisations non marchandes, « rien ne permet plus de penser que les dirigeants maximiseront l'intérêt général, sans tenir compte de leurs propres intérêts; bien au contraire, l'indétermination même du concept d'intérêt général leur permettra de privilégier leurs intérêts propres »²⁹⁶. Comme illustré par Payre, derrière les institutions et leurs compétences se cachent des intérêts qui sont avant tout financiers²⁹⁷. Dans

²⁹² M. D. Cohen and J. P. Olsen, *Op. cit.*, cité par *Ibidem*.

²⁹³ Albert Ogien, *Politique de l'activisme: Essai Sur Les Mouvements Citoyens*, 1re édition (Paris: PUF, 2021), p. 83.

²⁹⁴ Mancur Olson, *The Rise and Decline of Nations: Economic Growth, Stagflation, and Social Rigidities* (New Haven London: Yale university press, 1982).

²⁹⁵ Xavier Greffe, 'Analyse économique de la bureaucratie et gestion des équipements collectifs', *Consommation*, 4,3 (1979), 29–49 (p. 29).

²⁹⁶ *Ibidem*, p. 31.

²⁹⁷ Renaud Payre, 'Saisir Les Intérêts Urbains Pour Penser Le Gouvernement de La Ville. Groupes d'intérêt, Autonomisation Du Politique et Genèse d'une Sociologie de l'action Publique Urbaines (Des Années 1930 Aux

la même perspective, Scott Greer montre que le système politique est considéré comme une machine qui repose sur des échanges privés. Dans ces derniers, le *boss* (le politicien) monnaie différents biens publics en attribuant certains marchés²⁹⁸ ou faveurs qu'il va couler sous forme de politiques publiques afin de s'en servir lors de la campagne électorale. Ce faisant, la maximisation des budgets des organisations peut engendrer des intérêts en faveur des agents. D'abord, cette maximisation des budgets va occasionner l'augmentation des salaires des agents. Ensuite, elle va augmenter le nombre de responsabilités et donc les possibilités de faire carrière au sein de l'entreprise. Enfin, elle va leur assurer un certain prestige. Ainsi, les bureaucrates sont présentés comme « des maximisateurs de budget » de leur unité administrative dans l'intention de se servir d'abord²⁹⁹. Par conséquent, contrairement à la bureaucratie traditionnelle prêchée par Max Weber ou Henri Fayol³⁰⁰, les agents bureaucratiques ne sont pas désintéressés et dévoués à l'exécution des tâches venant de leur hiérarchie. Ceci fait que la relation entre *principals* (mandants) et *agents* (mandataires), bien que par principe en faveur des *principals*, est déséquilibrée en faveur de ces agents qui font tout pour accroître la dépendance des mandants dépourvus des compétences techniques bien qu'en position de force sur le plan hiérarchique³⁰¹.

II.1.2.1.3. Critiques de la théorie basée sur la rationalité et les intérêts

Les événements et les faits ont montré que l'homme n'est pas rationnel dans toutes les circonstances. Antoine Megie pense que « le rapport coûts/bénéfices ne constitue pas l'élément explicatif majeur des décisions dès lors qu'il existe des effets non prévus des politiques publiques »³⁰². C'est ce qui a fait naître plusieurs autres courants contestant la perspective d'une rationalité absolue ou parfaite. C'est ainsi par exemple que Herbert Simon va inventer le concept de rationalité limitée (*bounded rationality*³⁰³) pour insinuer qu'une décision peut connaître des limites liées à la multiplicité des logiques d'acteurs, au temps, à l'accès aux

Années 1970)', in Stéphane Cadiou, s/dir., *Gouverner Sous Pression ? La Participation Des Groupes d'intérêt Aux Affaires Territoriales*, Droit et Société (Série Droit-Recherches et Travaux-Classics), Vol. 31 (Issy-les-Moulineaux: LGDJ, Lextenso éditions, 2016), pp. 46–48.

²⁹⁸ E. Kiser, 'Comparing Varieties of Agency Theory in Economics, Political Science and Sociology: An Illustration from State Policy Implementation', *Sociological Theory*, 2.17 (1999), 146–70.

²⁹⁹ Scott Greer A., *The Emerging City: Myth and Reality* (New York: Free Press of Glencoe, 1962).

³⁰⁰ William Niskanen, *Bureaucracy and Representative Government* (Chicago II: Aldine-Atherton, 1971).

³⁰¹ Henri Fayol, *General and Industrial Management*, 1st edn (Pitman, 1916).

³⁰² Antoine Megie, 'L'évolution Des Modèles d'analyse Des Politiques Publiques', in *Science Politique*, ed. by Christophe Roux and Eric Savarese, 3ème (Bruxelles: Bruylant, 2019), pp. 109–23 (p. 114).

³⁰³ Gerd Gigerenzer, 'What Is Bounded Rationality?', in *Routledge Handbook of Bounded Rationality* (London, New York, 2021), pp. 55–56.

informations et aux préférences idéologiques ou politiques des décisions³⁰⁴. Dans la même perspective, March repère d'autres types de rationalités. La première typologie est basée sur les dimensions orientées vers une conception calculatrice de la nature humaine. Il s'agit des rationalités contextuelles, des jeux et des processus. La seconde typologie est constituée des rationalités pour lesquelles les actes ne trouvent pas toujours une claire justification. Il s'agit des rationalités adaptative, sélectionnée et *a posteriori*³⁰⁵.

Un autre modèle d'élaboration des politiques publiques critiquant la rationalité absolue des décideurs est l'incrémentalisme de Charles Lindblom. Comme Herbert Simon, l'auteur part du postulat qu'il est impossible pour le décideur de connaître toutes les alternatives possibles pour résoudre un problème. Ce faisant, une décision dépend de la situation et du contexte. Selon ce modèle de Lindblom, « ni la révolution, ni le changement radical de politique, ni même les grands pas soigneusement planifiés ne sont normalement possibles »³⁰⁶. Tout de même, Lindblom admet que c'est plutôt l'ensemble des « décisions marginales et successives qui débouche sur une vraie révolution »³⁰⁷. Ainsi, selon Lindblom, quatre stratagèmes contraignent des choix en situation d'incertitude. Il s'agit : « 1. les alternatives envisagées se distinguent seulement marginalement du *statu quo*, 2. les préférences et critères de choix sont adaptés aux alternatives trouvées plutôt que l'inverse, 3. les décideurs portent de l'attention aux « maux » à remédier plutôt qu'à des buts positifs, 4. les décideurs apprennent par enchaînement d'essais-erreurs »³⁰⁸. C'est pourquoi cette démarche relève de la science de la débrouille et elle est plus ou moins gradualiste. Le décideur est un débrouillard qui prend la décision en fonction des éléments disponibles et « l'action doit donc se focaliser sur des changements graduels et mineurs »³⁰⁹. Par ailleurs, bien qu'apparemment opposés à la rationalité, Charles Lindblom et Céline Bernard pensent qu'incrémentalisme et rationalités *a priori* et *a posteriori* peuvent coexister en situation complexe. En effet, la rationalité *a posteriori*, que Bernard prend pour synonyme d'incrémentalisme « disjoint »³¹⁰ chez Lindblom, est basée sur l'exploration progressive ; tandis que la rationalité *a priori*, qualifiée

³⁰⁴ Antoine Megie, *Op. cit.*. L'on peut aussi lire Patrick Hassenteufel, *Op. cit.*, 2008, pp. 20-21 pour d'amples critiques du modèle rationnel.

³⁰⁵ Isabelle Huault, 'James G. March. Ambiguïté et Déraillement Dans Les Organisations', in *Les Grands Auteurs En Management*, Les Grands Auteurs (EMS, 2009), p. XXX-XXX (pp. 2-3).

³⁰⁶ Charles E. Lindblom, 'Still Muddling, Not yet Through', *Public Administration Review*, 1979, 517-26 (p. 517).

³⁰⁷ XXX, *Théories de la décision politique : les modèles "Garbage can" et « Incrémentalisme »* - J. March, C. Lindblom, disponible sur www.sietmanagement.fr consulté le 6 juillet 2022.

³⁰⁸ Charles Lindblom, 1959 cité par Kübler and Maillard, pp. 44-45.

³⁰⁹ Céline Bérard, 'La Démarche Décisionnelle Dans Les Systèmes Complexes : Incrémentalisme et Rationalités.' (Nantes/France: AIMS, 2011), <HALSHS-00658078, 1-24 (p. 4).

³¹⁰ Charles E. Lindblom, *Op. cit.*, 1979, p. 519.

d'incrémentalisme « logique », est basée sur des processus de satisfaction plutôt que d'optimisation³¹¹. Ceci semble avoir été observé dans la gouvernance de la dixième épidémie d'Ebola à l'est de la RDC. Nous y reviendrons dans la deuxième partie.

Tout en étant égoïste et à la recherche des gains personnels, l'humain trouve souvent sa marge de manœuvre limitée ou réduite par les institutions auxquelles il appartient.

II.1.2.1.4. Institutionnalisme du choix rationnel

Selon ce courant, la conduite des politiques publiques est basée sur un minimum de coopération entre une multitude d'acteurs. Bien que la nature humaine soit celle d'un loup³¹², égoïste et de nature à nuire à l'autre, la présence de l'Etat est de limiter ce comportement. Ainsi, l'Etat est une institution, parmi tant d'autres, qui a pour rôle de faciliter cette coopération. Selon Kübler et De Maillard, « la coopération est donc à la base de tout ordre social »³¹³. Bien que rationnel et égoïste, l'homme travaille à influencer les règles contextuelles (de son environnement) dans le but de transformer les comportements d'autrui³¹⁴ en sa faveur. En fait, selon ce courant, le mot institution désigne « les éléments contextuels qui influencent les stratégies individuelles qui, elles, restent mues par les calculs utilitaristes »³¹⁵. Par conséquent, « les individus adhèrent à ces modèles de comportement [institutions] parce que l'individu perdra plus à s'en écarter qu'à y adhérer »³¹⁶. Les actions unilatérales et la direction hiérarchique ne sont pas, de ce fait, des modes d'interaction et de décision très fréquents dans la conduite des politiques publiques qui se déroule dans un environnement où les acteurs prolifèrent. Par ce point, le néo-institutionnalisme du choix rationnel rompt avec la conception traditionnelle de la théorie du choix rationnel tout en maintenant ses fondamentaux utilitaristes par exemple.

Les critiques vont proliférer et donner naissance à d'autres modèles qui rejettent les concepts de rationalité et d'intérêt tout en s'en rapprochant. Initialement, les intervenants étrangers dans la riposte contre la dixième épidémie d'Ebola auraient été dans la logique de la rationalité et des intérêts. Les réalités de terrain auraient fait fléchir ces intervenants qui se seraient adaptés au contexte local au point que certains intérêts ont pu être partagés avec les

³¹¹ Bérard, <HALSHS-00658078, pp. 5–7.

³¹² Thomas Hobbes, *Léviathan. Traité de la matière, de la forme et du pouvoir de la République ecclésiastique et civile* (Malmesbury London: Andrew Crooke, 1651, traduit par Philippe Folliot, 2004).

³¹³ Kübler and Maillard, *Op. cit.*, 116.

³¹⁴ Paul A. Sabatier, 'Fostering the Development of Policy Theory', in *Theories of the Policy Process*, by Paul Sabatier, ed. by Paul A. Sabatier, 1st edn (Routledge, 2019), pp. 321–36, <https://doi.org/10.4324/9780367274689-11>.

³¹⁵ Kübler and Maillard, *Op. cit.*, p. 116.

³¹⁶ Peter A. Hall and Rosemary C. R. Taylor, 'La Science Politique et Les Trois Néo-Institutionnalismes', *Revue Française de Science Politique*, Vol. 47, N°3 (1997), 469–96 (p. 473).

locaux pour l'aboutissement de la mission. Également, les décisions unilatérales auraient finalement cédé la place aux décisions concertées.

II.1.2.2. Institutions et courants associés

L'idée de base de ce deuxième « i » (institutions) réside dans le fait que celles-ci forgent, structurent et déterminent les politiques publiques. Partant, l'institutionnalisme historique et l'institutionnalisme sociologique donnent de l'importance à la variable institutionnelle pour expliquer « les interactions sociales et l'action collective qui en résulte »³¹⁷. Ils prennent en compte aussi bien les aspects formels qu'informels qu'engendrent les institutions.

II.1.2.2.1. Institutionnalisme historique

L'institutionnalisme historique considère les politiques publiques comme des sentiers de dépendance institutionnels et des chocs exogènes inexplicables. Ainsi, selon Guy Hermet, il « s'inscrit dans une réhabilitation de l'étude des institutions politiques, orientée [...] vers l'évaluation empirique et comparative de leur influence à long terme sur les trajectoires politiques des systèmes politiques considérés »³¹⁸. L'institutionnalisme historique s'intéresse également « aux processus de transformation des régimes politiques, au développement des Etats-providence ou encore au rôle des mouvements sociaux »³¹⁹. En fait, il s'intéresse aux changements opérés dans le temps, et non au pourquoi de ces changements. Comme le dit Lecours, une fois créées, les institutions « prennent vie et donnent lieu à des dynamiques et des situations qui, souvent, n'étaient pas voulues ou prévues par les acteurs »³²⁰. C'est ainsi que les changements attendus peuvent ne pas arriver, ou le décideur peut hésiter de prendre de nouveaux choix ou encore s'il prend de nouveaux choix, il se base d'abord sur les choix du passé. Ainsi, comme pourraient nous le rappeler Rose et Davies, « gouverner c'est hériter »³²¹. Ce faisant, les décideurs sont d'abord *heirs* (héritiers) avant d'être *choosers* (sélecteurs). Comme le renseigne la notion de dépendance au sentier introduite en science politique par

³¹⁷ Kübler and Maillard, *Op. cit.*, 129.

³¹⁸ Guy Hermet, *et al.*, *Dictionnaire de la science politique et des institutions politiques*, Collection Dictionnaire, 7e éd. revue et augmentée (Paris: A. Colin, 2010), p. 156.

³¹⁹ Kübler and Maillard, *Op. cit.*, p. 130.

³²⁰ André Lecours, 'L'approche Néo-Institutionnaliste En Science Politique : Unité Ou Diversité?', *Politique et Sociétés*, 21.3 (2002), 3–19 (p. 8).

³²¹ Richard Rose and Phillip L. Davies, *Inheritance in Public Policy: Change Without Choice in Britain*. Yale University Press, 1994. (Yale: Yale University Press, 1994), pp. 1–2.

Pierson³²², « plus on avance dans le processus, plus il est difficile de sortir du sentier tracé »³²³. Dès lors, l'on se rend compte que les institutions et l'histoire sont prépondérantes dans la production des politiques et décisions publiques.

La production de celles-ci doit également tenir compte des perceptions, valeurs et normes des sociétés ou organisations étudiées.

II.1.2.2. Institutionnalisme sociologique

Quant à l'institutionnalisme sociologique, Kübler and Maillard avancent que les institutions ne sont pas à considérer comme « des structures rationnelles en quête d'efficacité mais plutôt comme des organismes mus par des routines, sur la base desquelles se développent des systèmes de normes et valeurs, des matrices cognitives qui régissent les comportements des acteurs au point de revêtir un caractère identitaire »³²⁴. Par conséquent, « les organisations sont un monde absurde »³²⁵ et, par ricochet, considérées comme « des anarchies organisées »³²⁶, corollaire du modèle de la poubelle, dont « la conduite des politiques publiques dépend de leur fonctionnement interne et du rôle accordé aux matrices culturelles »³²⁷.

L'un des courants intervenants dans l'institutionnalisme sociologique est le modèle des anarchies organisées associé au modèle de la poubelle. En fait, comme la théorie des catastrophes précède la théorie du chaos³²⁸, ce dernier (le chaos³²⁹) précède les anarchies organisées. Celles-ci postulent que le fonctionnement organisationnel est un mélange d'ordre et de désordre³³⁰, de constantes et d'évolutions. Ceci rime avec ce que James Rosenau avait aussi étayé dans son modèle de la turbulence³³¹. Ce modèle met en relief les « acteurs agissant en dehors du cadre de souveraineté »³³² incarné par l'Etat. Cette compréhension des faits n'est pas loin de ce que Hedley Bull a théorisé dans sa « société anarchique »³³³. C'est dans cette

³²² P. Pierson, *Politics in Time* (Princeton: Princeton University Press, 2004).

³²³ Kübler and Maillard, *Op. cit.*, p. 138.

³²⁴ Kübler and Maillard, *Op. cit.*, p. 143.

³²⁵ *Idem*, p. 146.

³²⁶ Michael D. Cohen, James G. March, and Johan P. Olsen, 'A Garbage Can Model of Organizational Choice', *Administrative Science Quarterly*, 17.1 (1972), 1–25 (p. 1), <https://doi.org/10.2307/2392088>.

³²⁷ Kübler and Maillard, *Op. cit.*, 150.

³²⁸ Damien Lagauzère, *Sociologie et théorie du chaos*, Logiques sociales (Paris: L'Harmattan, 2007), pp. 19–23.

³²⁹ Barry Buzan (infra) avait appelé anarchie immature ce que Lagauzère appelle chaos. Ces notions sont proches de l'*homo hominis lupus* de Thomas Hobbes.

³³⁰ Huault, p. 4.

³³¹ James N. Rosenau, *Turbulence in World Politics. A Theory of Change and Continuity* (Princeton: Princeton University Press, 1990).

³³² Jean-Jacques Roche, *Théories des relations internationales*, Clefs, 4e éd... ref (Paris: Montchrestien, 2001), p. 158.

³³³ Hedley Bull, *The Anarchical Society. A Study of Order in World Politics* (Londres: Macmillan, 1977).

même logique qu'abonde Barry Buzan lorsqu'il distingue « l'anarchie immature de l'anarchie mature »³³⁴. Ce faisant, dans un contexte comme celui-ci où les acteurs ou les coalitions d'acteurs ainsi que les intérêts ou objectifs des uns et des autres sont forts divers, voire flous et ambigus, la production d'une politique ou d'une décision publique demeure un casse-tête. Dans les anarchies organisées, « il n'est pas besoin qu'un problème soit posé pour que les acteurs mettent en avant une solution. La plupart des acteurs sont porteurs d'une solution *a priori*, qu'ils vont essayer de « placer » à l'occasion de l'émergence d'un problème »³³⁵.

Selon ce modèle,

*l'organisation n'est pas ici un ensemble de rouages et de mécanismes agencés et mûs par une seule rationalité...Elle n'a ni personnalité ni objectifs propres. L'organisation s'est désincarnée, elle n'est maintenant rien d'autre qu'un contexte d'action dans lequel se nouent et se gèrent des rapports de coopération, d'échanges et de conflits entre acteurs qui seuls peuvent avoir des intérêts et dont les conduites se composent et s'agrègent, générant règles, structures, et buts organisationnels*³³⁶.

Ainsi,

*chaque occasion de choix [peut être considérée] comme une corbeille à papier, une poubelle dans laquelle les différents problèmes et les solutions sont jetés par les participants au fur et à mesure de leur apparition. En lieu et place d'une conception logique de la décision apparaît un ordre plus temporel. Les cohérences logiques sont balayées par un flot de problèmes, solutions, participants et occasions de choix. Un problème donné peut être résolu par une occasion de choix différente ; par exemple le développement d'une ligne de produit qui ne trouve pas sa justification dans le plan marketing pourra réapparaître dans le cadre de la gestion prévisionnelle de l'emploi et y être réglé (Romelaer, 1994). Chaque décision dépend aussi éminemment de la structure de contact des acteurs et la recherche de solution s'effectue souvent au voisinage de solutions connues*³³⁷.

En fait, les auteurs du modèle de la poubelle (*garbage can model*) « modélisent en effet les différents éléments d'une décision à l'aide d'une simulation générant plus de 300 situations : on peut conclure que ces différents éléments s'empilent sans ordre précis, un peu comme dans une poubelle non triée »³³⁸. Ce faisant, Fardal et SØrnes pensent que « même si les données peuvent identifier les courants des problèmes, solutions, occasions de choix et

³³⁴ Barry Buzan, *People, States, and Fear: The National Security Problem in International Relations* (Brighton: Wheatsheaf Books, 1983), pp. 96–97.

³³⁵ Pierre Muller, *Les Politiques Publiques* (Paris: PUF, 2018), p. 32.

³³⁶ Erhard Friedberg, *La Théorie Des Organisations et La Question de l'anarchie Organisée* (Paris: PUF, 1997), pp. 281–82.

³³⁷ Isabelle Huault, *Op. cit.*, p. 5.

³³⁸ XXX, *Théories de la décision politique : les modèles "Garbage can" et « Incrémentalisme »* - J. March, C. Lindblom, disponible sur www.sietmanagement.fr consulté le 6 juillet 2022.

participants, ces courants ne produisent pas eux-mêmes des décisions ; les décisions [politiques publiques] résultent de nombreuses manières qu'ils s'interconnectent »³³⁹. Contrairement à la conduite des politiques publiques basée sur la rationalité, l'apport fondamental du modèle de l'anarchie organisée et son corollaire (le modèle de la poubelle) est d'avoir mis en exergue « l'ambiguïté générale qui caractérise les contextes d'action dans les organisations »³⁴⁰.

Un autre courant que nous avons scruté et qui n'est ni du positivisme ni du post-positivisme est celui focalisé sur l'analyse des réseaux. Il est relié au concept de « *issue networks* »³⁴¹ (réseaux sur enjeu³⁴²) développé par Hugh Hecló. L'idée sous-jacente de ce courant est la formation d'un réseau interdépendant d'acteurs, que Carlsson appelle *cluster*³⁴³, pour la production des politiques et décisions publiques. Ce réseau est constitué des unités de l'Etat (central, provincial et local), des associations sans but lucratif, des représentations venant du secteur privé et autres acteurs intéressés. C'est ce que les Américains appellent *iron triangle*, cette trilogie réunissant de manière durable des acteurs politiques, administratifs et issus des secteurs professionnels autour d'un projet ou d'une thématique³⁴⁴. Voilliot considère ce réseau comme le « processus politique en termes de relations horizontales qui définissent le développement des politiques publiques »³⁴⁵. Les politiques et actions en matière de soins de santé, d'éducation, de protection sociale et d'environnement placent au centre de leurs préoccupations le phénomène des réseaux sociaux.

Plus proche de l'institutionnalisme sociologique est le néo-institutionnalisme discursif qui met l'accent sur les discours et les idées.

II.1.2.3. Idées et courants associés

Ce troisième « i » (idées) relève du néo-institutionnalisme discursif³⁴⁶. Celui-ci

explique les politiques publiques par les interactions discursives inscrites dans les configurations institutionnelles...apporte une véritable valeur ajoutée à la compréhension de l'élaboration des politiques publiques...considère,..., que le

³³⁹ Harald Fardal and Jan Oddvar SØrnes, 'IS Strategic Decision-Making: A Garbage Can View', *Issues In Informing Science and Information Technology*, 5 (2008), p. 563.

³⁴⁰ Erhard Friedberg, *Op. cit.*

³⁴¹ Hugh Hecló, 'Issue Networks and the Executive Establishment', in A. King (Ed.), *The New American Political System* (Washington, D.C.: American Enterprise Institute, 1978), pp. 87–124.

³⁴² Mark THATCHER, 'Réseau (Policy Network)', in Laurie Boussaguet, Sophie Jacquot et Pauline Ravinet, (s/dir.), *Dictionnaire Des Politiques Publiques*, 3ème édition actualisée et augmentée (Paris: Presses de Sciences Po, 2010), pp. 569–76 (p. 570).

³⁴³ Lars Carlsson, 'Policy Networks as Collective Action', *Policy Studies Journal*, 28.3 (2000), 502–27., cité par Peter de Leon and Danielle M. Vogenbeck, *Op. cit.*, p. 11.

³⁴⁴ Christophe Voilliot, *Éléments de Science Politique*, Logiques Politiques (Paris: L'Harmattan, 2010), p. 199.

³⁴⁵ *Ibidem.*

³⁴⁶ A. Schmidt and Crespy.

*discours est constitutif du fait politique... et tient du contexte institutionnel dans lequel émergent les discours ...pour expliquer l'avènement et l'évolution des politiques*³⁴⁷.

L'idée de base de ce troisième « i » est que les perceptions des contraintes liées aux normes et aux institutions peuvent induire soit à la continuité soit au changement de ces normes et institutions. Ainsi, « les idées permettent d'expliquer la construction des intérêts subjectifs et de perception des normes sociales »³⁴⁸. Autrement dit, les politiques, actions et décisions publiques sont considérées par Jobert et Muller comme « un moment de lutte politique ayant pour objet la construction d'un ensemble de normes en vue d'aboutir à la cohésion sociale »³⁴⁹. Ainsi, la notion d'idée sous-entend celle de « vision du monde » ou de « communauté de sens » ; les idées influencent « la perception que les acteurs ont de leur réalité et la façon dont ils agissent sur elle »³⁵⁰ afin d'aboutir au changement des politiques publiques. Les idées relèvent à la fois du constructivisme et des études critiques.

Quelques courants permettent d'appréhender la dimension idéale de la conduite des politiques publiques. Le premier est celui des paradigmes de politiques publiques. Selon Peter Hall, les idées « permettent aux acteurs de s'orienter car ils peuvent y puiser objectifs et instruments d'actions »³⁵¹ afin d'aboutir à ce que Thomas Kuhn appelle « innovation scientifique »³⁵². De ce fait, le concept de paradigme de politique publique « conçoit les luttes autour des politiques publiques non pas comme des conflits entre acteurs qui défendent des intérêts matériels, mais plutôt comme des affrontements entre différentes idées véhiculées par les acteurs impliqués »³⁵³. Ainsi, Peter Hall, se fondant sur les travaux de Thomas Khun³⁵⁴, transpose la notion de paradigmes scientifiques aux politiques publiques³⁵⁵. En fait, comme ces paradigmes, ces dernières « sont en effet caractérisées par un processus d'adaptation et de changement...ils peuvent s'ajuster au fil de l'énonciation d'une politique sur le terrain »³⁵⁶. Ainsi, d'éventuels désaccords à l'intérieur d'une politique peuvent mener à son ajustement.

³⁴⁷ *Ibidem*, p. 351.

³⁴⁸ *Idem*, 355.

³⁴⁹ Kubler et De Maillard, *Op. cit.*, 169.

³⁵⁰ Emilie Richard Frève, 'Le Rôle Des Idées Dans La Formulation Des Politiques Publiques', in *L'analyse Des Politiques Publiques* (Montréal: Les Presses de l'Université de Montréal, 2010), pp. 125–61 (p. 128).

³⁵¹ Kübler and Maillard, *Op. cit.*, p. 159.

³⁵² Khun cité par *Ibidem*, 160.

³⁵³ *Ibidem*, p. 161.

³⁵⁴ Thomas Samuel Kuhn and Laure Meyer, *La structure des révolutions scientifiques*, Champs, 115, Nouv. éd. augm. et rev. par l'auteur (Paris: Flammarion, 1991).

³⁵⁵ Peter A. Hall, 'Policy Paradigms, Social Learning, and the State: The Case of Economic Policymaking in Britain', *Comparative Politics*, 25.3 (1993), 275 <https://doi.org/10.2307/422246>.

³⁵⁶ Kübler and Maillard, 161.

Dans le cas contraire, il faut changer et créer des paradigmes concurrents (*paradigm shift*), par le biais de ce que Khun appelle révolutions scientifiques³⁵⁷, afin d'aboutir à des politiques publiques qui ont des effets dans la société visée.

Le deuxième courant est celui des récits de politique publique. Sa particularité réside dans le fait que les idées « aident les élites politiques à agir dans des situations d'incertitude, à simplifier le réel afin d'identifier des objectifs et des programmes d'action »³⁵⁸. Ainsi, Dreistadt montre que chaque récit a « un début, un milieu et une fin »³⁵⁹. Les récits sont présentés comme étant plus pratiques que mythiques comme le note Roe : « même lorsque leur véracité est en question, ces récits sont explicitement plus programmatiques que les mythes et ont pour objectif d'amener leurs auditeurs à les assumer ou à en faire quelque chose »³⁶⁰. Radaelli fait remarquer que le rôle de ce courant est de « rendre compte de l'histoire causale d'une politique publique »³⁶¹.

Le troisième courant est celui du référentiel des politiques publiques. Bruno Jobert et Pierre Muller qui ont élaboré l'approche par les référentiels « proposent d'aborder les politiques publiques comme un moment de la lutte politique ayant pour objet la construction d'un ensemble de normes en vue d'aboutir à la cohésion sociale »³⁶². En ce sens, « le référentiel d'une politique publique est constitué d'un ensemble de prescriptions qui donne du sens à un programme politique en définissant des critères de choix et des modes de désignation des objectifs »³⁶³. Ce faisant, ce référentiel est à la fois « un processus cognitif permettant de comprendre le réel en limitant sa complexité et d'un processus prescriptif permettant d'agir sur le réel »³⁶⁴. Il repose sur « des valeurs, des normes, des algorithmes et des images »³⁶⁵ que l'Etat a de son pays et qui sont, de préférence, largement partagés et acceptés par les acteurs concernés. Cette école rime avec le néo-libéralisme. A ce titre, il est prégnante dans la mesure où il présente la mise en place des politiques publiques comme un moment de lutte politique et, par ricochet, accepte la participation et la compétition.

Enfin, vient l'approche par les coalitions de cause. Elle emprunte aux approches *bottom-up* pour comprendre la conduite des politiques publiques. En effet, l'approche par les coalitions est « façonnée par une multitude d'acteurs aux origines et horizons divers, mobilisés,

³⁵⁷ Kübler and Maillard, *Op. cit.*, p. 160.

³⁵⁸ *Ibidem*, p. 165.

³⁵⁹ Steve Dreistadt, *A View from the Community*, 1985.

³⁶⁰ Emery Roe, *Narrative Policy Analysis: Theory and Practice* (Durham: Duke University Press, 1994), p. 37.

³⁶¹ Radaelli, cité par Kübler and Maillard, *Op. cit.*, p. 165.

³⁶² Kübler et Maillard.

³⁶³ Muller, *Les Politiques Publiques*, p. 54.

³⁶⁴ *Ibidem*, p. 55.

³⁶⁵ *Idem*.

impliqués ou concernés de façon plus ou moins directe par un problème public sur lequel une politique publique est appelée à intervenir »³⁶⁶. Ces acteurs proviennent d'une pluralité d'organisations publiques et privées. Autrement dit, les politiques publiques ne sont pas l'apanage de seuls acteurs publics ; les privés y jouent un rôle non négligeable. Les deux acteurs sont unis par les systèmes de croyances (*belief system*³⁶⁷) partagés et structurés autour du noyau profond (*deep core*), du noyau propre à une politique (*near policy core*) et de l'ensemble d'aspects secondaires (*secondary aspects*)³⁶⁸. En fait, comme pourrait le dire Reungoat, « le lien identitaire qui fonde les appartenances collectives est de l'ordre du sentiment et de la croyance »³⁶⁹. Ainsi, les idées et les valeurs partagées ou non peuvent créer la confiance ou la défiance dans la prise d'une décision ou dans la production des politiques publiques.

Au regard des éléments explicatifs du néo-institutionnalisme sociologique, relevant du deuxième « i » (institutions), et du néo-institutionnalisme discursif, relevant du troisième « i » (idées), l'on peut constater que les deux présentent des similitudes et des différences. En effet, ils ont en commun le fait de s'intéresser aux idées, normes, valeurs et discours qui relèvent des matrices cognitives et culturelles. Sur le plan ontologique, tous sont constructivistes en ce sens qu'ils considèrent les intérêts et les idées portées par les politiques publiques (ou décisions) comme des construits politiques et sociaux. Néanmoins, les deux diffèrent. En fait, le néo-institutionnalisme sociologique s'inscrit dans une analyse souvent statique. C'est ce qui justifie son déterminisme culturel. Alors que le néo-institutionnalisme discursif adopte une analyse plutôt dynamique. Pour lui, la continuité et ou le changement dans les politiques publiques sont induits par la perception des contraintes liées aux normes et aux institutions.

II.1.3. Critiques du néo-institutionnalisme

L'élément commun qui unit les néo-institutionnalistes c'est que tous admettent que les institutions structurent (et ou influencent) les comportements individuels et, de ce fait, leurs interactions. Par ailleurs, les trois « i » du néo-institutionnalisme sont caractérisés par quatre éléments aux dires de Peters cité par Hassenteufel. *Primo*, une institution formelle ou informelle transcende des individus. *Secundo*, les institutions présentent une certaine stabilité dans le

³⁶⁶ *Ibidem*, p. 176.

³⁶⁷ Notion chère à Paul Sabatier.

³⁶⁸ Paul Sabatier and H. Jenkins-Smith, 'The Advocacy Coalition Framework, an Assessment', in *Paul Sabatier (Éd), Theories of the Policy Process* (Boulder (Co.): Westview Press, 1999), pp. 117–66 (pp. 122–23).

³⁶⁹ Emmanuelle Reungoat, 'Sociologie Politique de l'Union Européenne', in *Science Politique*, 3ème édition (Bruxelles: Bruylant, 2019), pp. 91–105 (p. 97).

temps. *Tertio*, les institutions ont des effets sur les comportements individuels. *Quarto*, les membres d'une institution partagent, dans une certaine mesure, des valeurs et des représentations.³⁷⁰

Néanmoins, le partage de certaines valeurs et représentations dans cette perspective institutionnaliste n'est pas sans limites. Nous pouvons dire avec Hassenteufel qu'en dépit de l'existence des institutions, les conflits et oppositions ont souvent existé entre acteurs ; les antagonismes sur les représentations peuvent entacher la construction d'un espace de sens partagé ; et que les interactions varient et sont parfois peu stabilisées³⁷¹. Ce qui les rend imprévisibles ; et la prise d'une décision ou d'une politique devient à certains moments aléatoire.

Pour clore, nous constatons que les « Trois I » sont étroitement liés. L'on ne saurait parler de l'un sans parler de l'autre. C'est aussi sur ça qu'aboutissent Frédéric Claisse *et al.* lorsqu'ils notent que l'institution est « le produit du croisement de deux axes »³⁷² (l'institué et l'instituant). En fait, ils concluent qu'il n'y a « pas d'idées sans intérêts et que tout se joue au croisement des deux »³⁷³. Au même moment que les trois « i » semblent se contredire, ils se complètent et s'enrichissent aussi.

La conception et la mise en œuvre d'une décision ou politique publique sont également complémentaires et peuvent répondre, d'une manière ou d'une autre, à la même logique explicative.

II.1.4. La mise en œuvre d'une décision ou d'une politique publique

Une fois qu'une décision ou une politique publique a été adoptée, il faut la mettre en œuvre. En effet, pour comprendre la mise en œuvre d'une décision ou d'une politique publique, Luc Bernier³⁷⁴ tout comme Daniel Kübler et Jacques de Maillard³⁷⁵ proposent un certain nombre d'approches.

Primo, les travaux dits de la première génération consacrent l'approche *Top-down*. Elle a été développée par Pressman et Wildavsky dans leur ouvrage intitulé *Implementation*,

³⁷⁰ Hassenteufel, p. 119.

³⁷¹ *Ibidem*, 120.

³⁷² Frédéric Claisse, Maxime Counet, and Pierre Verjans, *Introduction aux doctrines et aux idées politiques: une approche structurale* (Louvain-La-Neuve: De Boeck supérieur, 2017), p. 25.

³⁷³ Frédéric Claisse *et al.*, *Op. cit.*

³⁷⁴ Luc Bernier, 'La Mise En Oeuvre Des Politiques Publiques', in *L'Analyse Des Politiques Publiques*, ed. by Luc Bernier and Guy Lachapelle (Montréal: Les Presses de l'Université de Montréal, 2010), pp. 255–77 (p. 266).

³⁷⁵ Kübler and Maillard, *Op. cit.*, 78-84.

publié en 1984 [1973]. Selon cette approche, une politique publique est conçue et élaborée au sommet pour être exécutée à la base. Il y a dès lors d'un côté le décideur et de l'autre l'exécutant. Une sorte de division des tâches est inaugurée, comme le note Aldrin, entre « « petites gens » [et] « gens du pouvoir »... « eux/nous », comme distinction verticale « gens d'en haut » et « gens d'en bas » »³⁷⁶. Dans cette logique, Baldegger et Pasquier observent que « les lignes de commandement s'échelonnent le long des instances de haut en bas, suivant la voie hiérarchique »³⁷⁷ comme dans le modèle de Henri Fayol. Cette approche s'inscrit dans la perspective des théories du choix rationnel et épouse ses faiblesses. Une décision peut paraître claire lors de son élaboration et se révéler ambiguë au moment de son exécution. Cette approche est par ailleurs fixiste. Compte tenu de ces faiblesses, les exécutants peuvent bloquer la mise en action d'une décision à laquelle ils n'ont pas été associés dès le départ s'ils estiment qu'elle ne garantit pas leurs intérêts ou qu'elle est inappropriée pour une raison ou une autre. Ce faisant, le décideur et l'exécutant veilleront à s'assurer la coopération dès lors que le travail se fait dans un environnement où œuvrent nombreux acteurs de diverses natures. C'est ce qui a justifié la naissance de l'approche *Bottom-up*.

Secundo, cette dernière, relevant des travaux de deuxième génération, prend en compte d'emblée les acteurs périphériques ou les agents de la base. Comme l'indique Aldrin, « faire l'analyse du politique *par le bas*, c'est s'intéresser à tous ces comportements collectifs dirigés vers le pouvoir (l'Etat, le gouvernement, l'administration) qui ne prennent pas les formes codifiées et institutionnalisées des actes politiques (mobilisation, revendication, expression) »³⁷⁸. Comme le disent Kübler *et al.*, les partisans de l'approche *bottom-up* « insistent sur le poids des agents d'exécution. L'approche identifie le réseau d'acteurs impliqués dans les prestations de services, activités en relation avec un problème spécifique »³⁷⁹. Ces exécutants auront la tâche de reformulation perpétuelle de la politique afin de la réadapter aux réalités de terrain. Ce modèle correspondrait dès lors à l'incrémentalisme qui est un modèle gradualiste constatant l'adaptation ou l'ajustement d'une politique lors de son exécution. En termes prescriptifs, la mise en œuvre requiert de favoriser les échanges, de permettre les compromis entre les différents protagonistes³⁸⁰. Néanmoins, même lorsqu'on

³⁷⁶ Philippe Aldrin, *Sociologie Politique Des Rumeurs*, Sociologie d'aujourd'hui, 1re éd (Paris: Presses universitaires de France, 2005), p. 100.

³⁷⁷ Rico Baldegger and Marilynne Pasquier, *Le management dans un environnement dynamique: concepts, méthodes et outils pour une approche systémique*, Méthodes & recherches (Louvain-la-Neuve [Paris]: De Boeck, 2014), p. 35.

³⁷⁸ Philippe Aldrin, *Op. cit.*

³⁷⁹ Kübler and De Maillard, *Op. cit.*, p. 79.

³⁸⁰ *Ibidem*.

favorise les échanges, il ne faut pas oublier que l'arène politique a ses réalités qui font la vitalité de l'Etat. Parfois même le public pour lequel les politiques publiques sont faites ne s'y intéresse pas par ignorance. Ce faisant, « la mise en œuvre [d'une politique] constitue le résultat des interactions entre les objectifs légalement définis et les dynamiques politiques (*policy areas*) »³⁸¹.

Eu égard à ce qui précède, au lieu d'opposer les deux approches, il faut plutôt les considérer comme étant complémentaires. D'où la naissance du cadre d'analyse de la troisième génération pour laquelle la mise en œuvre d'une politique publique est une évolution qui associe d'autres acteurs que les décideurs. Pour espérer réussir, Goggin *et al.*³⁸² proposent « d'appréhender le processus de mise en œuvre, mais également les « produits (*outputs*), voire même les effets sociaux (*outcomes*) »³⁸³ des politiques entreprises. Et pour y arriver, il faut mettre en place « un « modèle de communication », centré sur l'échange de messages entre niveaux de gouvernements »³⁸⁴ (central, provincial et local), et avec les organisations associatifs ou non gouvernementaux. Dans le cas contraire, certains des acteurs vont mettre en place des stratégies qui entraveront la mise en œuvre d'une politique. Parmi ces stratégies d'entrave, nous citons avec Kubler et De Maillard les « défiance, retard, retard stratégique, conformité »³⁸⁵.

Nous venons de brosser le cadre théorique de la décision, des politiques et de l'action publiques d'une manière générale. Celles que nous analysons dans cette étude s'inscrivent dans le domaine de la socio-anthropologie de la santé scrutée avec un œil politiste.

II.1.5. Théories de l'action sanitaire et humanitaire

La riposte/réponse à la dixième épidémie d'Ebola en RDC peut être envisagée comme une action humanitaire bien que l'épidémie en elle-même soit par essence sanitaire.

II.1.5.1. Théories explicatives de l'action humanitaire

L'action humanitaire peut être présentée comme un puzzle³⁸⁶ pour montrer qu'elle est un problème complexe, difficile à résoudre compte tenu de nombreux éléments qu'il fait

³⁸¹ Lewis et Flynn cités par Megie, *Op. cit.*, p. 116.

³⁸² Goggin M., Lester J., O'Toole L. & Bowman A., *Implementation theory and practice : a third generation*, Scott Foresman and Co., 1990.

³⁸³ Kübler and De Maillard, p. 82.

³⁸⁴ *Ibidem.*

³⁸⁵ *Idem.*

³⁸⁶ Christopher J. Coyne, *Doing Bad by Doing Good: Why Humanitarian Action Fails* (Stanford, California: Stanford Economics and Finance, an imprint of Stanford University Press, 2013), p. 1.

intervenir. En guise de définition, l'action humanitaire est «la manifestation de l'humanitarisme, [c'est-à-dire] toute action coercitive ou non coercitive destinée à alléger la souffrance humaine potentielle ou existante et à améliorer la condition humaine »³⁸⁷. L'usage de l'adjectif « coercitive » montre que l'action humanitaire comprend également ce qu'il convient d'appeler «intervention humanitaire». Cette expression sous-entend l'entrée, militaire ou non, sur le territoire d'un autre Etat sans son autorisation pour des raisons humanitaires. En effet, Battistella *et al.* notent que « l'intervention humanitaire est couramment associée à la mobilisation d'ONG internationales agissant en urgence pour la protection de vies humaines menacées à grande échelle par des conflits armés (interétatiques ou internes) et/ou des désastres naturels »³⁸⁸. En fait, l'ingérence humanitaire et l'ingérence d'humanité prennent leur source dans la volteface prise par des médecins français, sous l'égide de Bernard Kouchner, « qui ont pris fait et cause pour les victimes et ont décidé de rompre le principe de neutralité pour « agir et parler, soigner et témoigner » »³⁸⁹. Ainsi, note Coyne, « l'humanitarisme est simplement le désir d'améliorer le bien-être humain et non une prescription sur la façon dont ce désir se manifeste »³⁹⁰. Ban Ki-moon est du même avis lorsqu'il souligne que le but de l'action humanitaire est donc d'alléger la souffrance « et de réduire le risque et la vulnérabilité »³⁹¹.

L'on peut dès lors constater que l'action humanitaire ne s'inscrit pas dans la conception restrictive ou traditionnelle de la sécurité (idéalisme, réalisme et libéralisme) qui fait des Etats le référent, si pas unique mais principal, de la sécurité³⁹². Avec l'école de Copenhague dans ses lunettes constructivistes, la sécurité devient « sociétale »³⁹³. En effet, selon Waever *et al.*, cités par Peter Hough, cette dernière « concerne la capacité d'une société à conserver son caractère essentiel dans des conditions changeantes et des menaces possibles ou réelles »³⁹⁴. Donc, le concept sécurité s'élargit et prend en compte des dimensions autres que militaires. On parle alors de sécurité politique, sécurité économique, sécurité sociale et aussi sécurité environnementale³⁹⁵. La sécurité devient alors « ce qu'on en fait. C'est un

³⁸⁷ *Ibidem*, p. 18.

³⁸⁸ Dario Battistella *et al.*, *Dictionnaire des relations internationales: approches, concepts, doctrines*, 3e éd., 2012 (Paris: Dalloz, 2012), p. 297–302.

³⁸⁹ Marie-Claude Smouts, Dario Battistella, and Pascal Vennesson, 'Dictionnaire Des Relations Internationales. Approches, Concepts, Doctrines', 2ème édition (Paris: Dalloz, 2006), p. 3.

³⁹⁰ Christopher J. Coyne, *Op. cit.*.

³⁹¹ Secretary-General, *One Humanity: Shared Responsibility* (New York: Nations Unies, 2 February 2016), p. 62 (p. 28).

³⁹² Roche, pp. 74–75.

³⁹³ Peter Hough, *Understanding Global Security* (London ; New York: Routledge, 2004), p. 106.

³⁹⁴ *Ibidem*.

³⁹⁵ Buzan, *Op. cit.*, p. 19.

épiphénomène créé inter-subjectivement »³⁹⁶. A ces jours, les *deepeners* (approfondisseurs) approfondissent la notion de sécurité et dépassent sa conception élargie. En effet, la notion de « sécurité humaine » est alors inventée, et l'action humanitaire s'y inscrit. Cette évolution de la sécurité est portée par les études critiques de la sécurité et s'enracine dans la logique de la *global moral science*³⁹⁷.

Par le concept de « sécurité humaine »³⁹⁸, utilisé pour la première fois par le PNUD, « les approfondisseurs soutiennent que l'objet, référent principal de la sécurité ne devrait pas être l'État ou certains groupes sous-étatiques, telles que les nations sans État, mais les individus dont ces institutions/groupes sont composés »³⁹⁹. La sécurité d'un Etat peut constituer une menace à la sécurité des individus. Ainsi, note Barry Buzan : « Les individus peuvent être menacés [...] par l'intermédiaire des interactions qu'entretient leur Etat avec les autres Etats du système international⁴⁰⁰. ». Et pour vider cette menace de l'Etat, les individus doivent être la priorité des préoccupations sécuritaires car leur sécurité garantirait celle des institutions dans lesquelles ils vivent et travaillent. Lloyd Axworthy est de cet avis lorsqu'il affirme que « la sécurité humaine d'aujourd'hui place les personnes au premier plan et reconnaît que leur sécurité fait partie intégrante de la promotion et du maintien de la paix et de la sécurité internationales »⁴⁰¹. Il (elle) ajoute que « protéger les civils, s'attaquer au sort des enfants touchés par la guerre et la menace du terrorisme et de la drogue, la gestion de l'ouverture des frontières et la lutte contre les maladies infectieuses font désormais partie d'un dialogue »⁴⁰². Non seulement la notion de sécurité s'élargit, elle est aussi et surtout plongée dans sa dimension la plus profonde en s'intéressant à l'individu comme référent de la sécurité. Le rapport du Programme des Nations Unies pour le Développement (PNUD) en rend compte en décomposant cette sécurité humaine en sept composantes :

sécurité économique (absence de pauvreté), sécurité alimentaire (accès aux ressources alimentaires), sécurité sanitaire (accès aux soins de santé et protection contre les maladies), sécurité de l'environnement (prévention des dégradations environnementales), sécurité personnelle (protection physique contre la torture, la guerre, la violence domestique, les crimes, l'usage des drogues, le suicide, voire les

³⁹⁶ Ken Booth, 'Security and Self: Reflections of Fallen Realist', in K. Krause et M. Williams, *Critical Security Studies*, 1st edition (London: UCL Press, 1997), pp. 83–119 (p. 106).

³⁹⁷ *Ibidem*.

³⁹⁸ PNUD, *Rapport Sur Le Développement Humain* (New York: PNUD, 1994).

³⁹⁹ Hough, *Op. cit.*, p. 8.

⁴⁰⁰ Barry Buzan, *Op. cit.*, p. 364.

⁴⁰¹ Lloyd Axworthy, 'Human Security and Global Governance: Putting People First', *Global Governance: A Review of Multilateralism and International Organizations*, 7.1 (2001), 19–23 (p. 20), <https://doi.org/10.1163/19426720-00701004>.

⁴⁰² *Ibidem*, p. 19.

*accidents de la circulation), sécurité communautaire (survie des cultures traditionnelles et sécurité physique des groupes ethniques), et sécurité politique (jouissance des droits civils et des libertés publiques)*⁴⁰³.

En dépit des mérites qu'on peut attribuer à cette conception de la sécurité qui fait de son usage un mot passe-partout, aujourd'hui, la sécurité des individus est toujours dépendante de celle des Etats. Ceux-ci restent les acteurs centraux des relations internationales et les pourvoyeurs de sécurité à leurs citoyens. Même dans des Etats fragiles, les habitants pensent pouvoir obtenir la paix et la sécurité des pouvoirs publics, et s'impatientent de voir celles-ci traîner.

Une action humanitaire répond généralement à une situation inattendue qui doit être traitée avec urgence. Ainsi, d'après McEntire and Dawson, cités par Moke et Pfeiffer, le but de la gestion des urgences est « ...d'élaborer des politiques et mettre en œuvre des programmes qui réduiront la vulnérabilité, limiteront les pertes en vies humaines et en biens, protégeront l'environnement et amélioreront la coordination multi-organisationnelle en cas de catastrophe »⁴⁰⁴. En d'autres termes, l'action humanitaire vient apporter la première aide et est en principe de courte durée car « l'objectif déclaré est de retourner à la normalité »⁴⁰⁵ et non de changer cette normalité comme dans les actions de développement. L'on peut alors dire avec Smouts *et al.* que « la culture de l'urgence drainait une grande partie de l'aide internationale et tendait à supplanter l'idéologie du développement »⁴⁰⁶. L'action humanitaire requiert dès lors la coordination et l'implication de plusieurs acteurs physiques et moraux parmi lesquels des organismes spécialisés. Elle a besoin d'argent pour réussir. La gestion des urgences est donc une gestion particulière qui nécessite une approche spéciale. Ainsi, d'après James, cité par Moke et Pfeiffer, le *management* des urgences réussi doit tenir compte de quatre éléments majeurs, à savoir : « l'autorité, la responsabilité, la redevabilité et la délégation »⁴⁰⁷.

La conduite d'une action humanitaire est menée par des acteurs de divers ordres et est régie par des principes.

⁴⁰³ PNUD, Rapport, *Op. cit.*

⁴⁰⁴ Markus Moke and Thomas Pfeiffer, 'The Basics of Managing Emergencies', in *International Humanitarian Action*, ed. by Hans-Joachim Heintze and Pierre Thielbörger (Cham: Springer International Publishing, 2018), pp. 417–33 (p. 419), https://doi.org/10.1007/978-3-319-14454-2_20.

⁴⁰⁵ Siri Tellier and others, 'Basic Concepts and Current Challenges of Public Health in Humanitarian Action', in *International Humanitarian Action*, ed. by Hans-Joachim Heintze and Pierre Thielbörger (Cham: Springer International Publishing, 2018), pp. 229–317 (p. 235), https://doi.org/10.1007/978-3-319-14454-2_13.

⁴⁰⁶ Marie-Claude Smouts, Dario Battistella, and Pascal Vennesson, *Op. cit.*, 2006, p. 3.

⁴⁰⁷ Markus Moke and Thomas Pfeiffer, *Op. cit.*

II.1.5.2. Acteurs et principes de l'action humanitaire

La gestion de l'action humanitaire est généralement attribuée aux ONG au point que certains les présentent comme « des acteurs incontournables des politiques de gestion de crise »⁴⁰⁸. Pour ce faire, elles jouent « un rôle important dans les programmes d'assistance et de reconstruction...dans les domaines du développement et de l'aide humanitaire ou des droits de la personne »⁴⁰⁹. Comme dit précédemment, elles ne sont pas les seules à gérer l'action humanitaire. Les Etats, les militaires, les organisations intergouvernementales, les institutions spécialisées des OIG, les Eglises, la société civile, etc. y jouent également un rôle parfois déterminant. C'est aussi cela que le règlement sanitaire international reconnaît en son article 14 lorsqu'il propose à l'OMS la coopération avec ces différentes catégories d'acteurs en cas d'une action de santé publique.

Par ailleurs, les principes fondamentaux régissant les ONG ont fort marqué l'action humanitaire en faisant d'elles des actrices privilégiées de « l'humanitaire »⁴¹⁰. Du droit de Genève⁴¹¹, qui prend sa source dans l'engagement de Henri Dunant lors de la bataille de Solferino en 1859 pour soigner les blessés de guerre, à la période d'après la guerre froide en passant par les deux guerres mondiales et la guerre froide, les empreintes des principes du CICR et des ONG restent indélébiles dans la conduite de l'action humanitaire en dépit de quelques aménagements. Les acteurs de l'aide humanitaire sont appelés à respecter les principes « d'humanité, d'impartialité, de volontariat [et] de neutralité »⁴¹², « d'indépendance, de transparence et de responsabilité »⁴¹³ dans la conduite de leurs actions.

Le principe d'humanité est l'objectif de l'action humanitaire alors que les autres principes guident les acteurs dans l'accomplissement de leur mission sur terrain. Ainsi, la figure ci-après donne l'image de la sphère humanitaire.

⁴⁰⁸ Thierry Tardy, *Gestion de Crise, Maintien et Consolidation de La Paix: Acteurs, Activités, Défis*, Crisis Étudiants (Bruxelles: De Boeck, 2009), p. 210.

⁴⁰⁹ *Ibidem*.

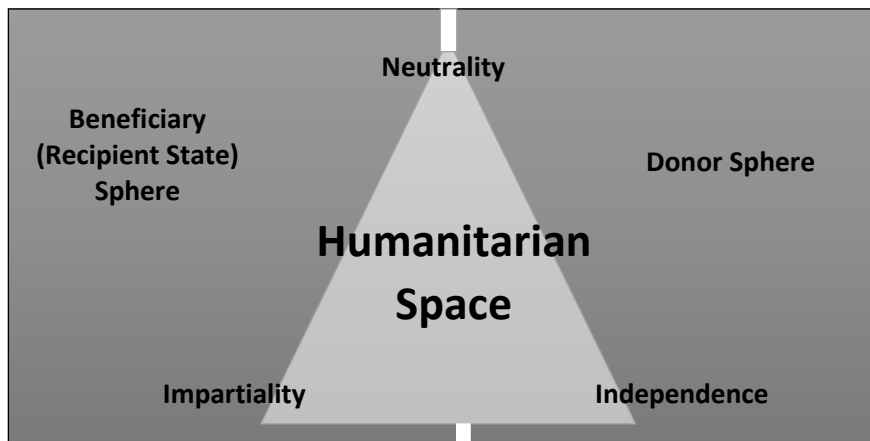
⁴¹⁰ Aujourd'hui l'adjectif humanitaire est devenu substantif et « l'humanitaire » une catégorie de l'action internationale. Cf. Marie-Claude Smouts, Dario Battistella, and Pascal Vennesson, *Op. cit.*, 2006, p. 2.

⁴¹¹ Le droit de Genève renvoie aux conventions (1864, 1949 et les deux protocoles additionnels de 1977) fondatrices de l'humanitaire inspirées par l'engagement de Henri Dunant, fondateur de la Croix-Rouge internationale en 1863, de venir en aide aux blessés de guerre.

⁴¹² Marie-Claude Smouts, Dario Battistella, and Pascal Vennesson, *Op. cit.*, 2006, p. 3.

⁴¹³ Cristina Aguiar and Khamliène Nhouyvanisvong, *Guide pratique de la négociation internationale*, Diplomatie et stratégie (Paris: l'Harmattan, 2010), p. 159.

Figure N° 5 : La sphère humanitaire



Source : Andrej Zwitter, *Humanitarian Intelligence: A Practitioner's Guide to Crisis Analysis and Project Design*, Chapter 1, pp. 11–28 (Rowman and Littlefield, New York, London, 2016)⁴¹⁴.

Certains de ces principes ont connu certains aménagements depuis l'engagement des médecins français aux côtés des personnes souffrantes en rompant ainsi avec le principe de neutralité. Ceci va entraîner la naissance du sans-frontiérisme⁴¹⁵. Dans certaines circonstances, les humanitaires ne sollicitent plus l'autorisation des Etats pour opérer sur leurs territoires. Par ailleurs, il leur arrive de rédiger des rapports qui mettent en cause les Etats en dénonçant leurs abus ou violations des droits de l'homme. C'est dans cette lancée que Cohen fait remarquer que « le positionnement des ONG n'est pas neutre et indifférent »⁴¹⁶ quand bien même elles incarneraient la société civile (nationale ou internationale).

En outre, l'indépendance de certaines organisations humanitaires est souvent remise en cause. En effet, elles sont souvent financées par des Etats. Il leur arrive aussi d'aller exécuter des programmes conçus par des Etats occidentaux dans des Etats du Sud. Elles sont par conséquent accusées de servir de chevaux de Troie des occidentaux dans les Etats pauvres. Enfin, les actions humanitaires ne sont pas réservées aux ONG. L'on constate que l'action humanitaire est disputée entre plusieurs logiques, parfois diamétralement opposées, car politiciens, militaires, OIG,...y interviennent. Si la logique des politiciens est de tirer des dividendes électoralistes ou politiques dans l'aide humanitaire, pour les ONG la logique est caritative (sans but lucratif), tandis que pour les bénéficiaires cette aide peut être perçue comme un moyen d'assujettissement. Dario Battistella *et. al.* y voient ainsi « une forme de *politisation*

⁴¹⁴ Cité par Andrej Zwitter, 'Principles and Professionalism: Towards Humanitarian Intelligence', in *International Humanitarian Action*, ed. by Hans-Joachim Heintze and Pierre Thielbörger (Cham: Springer International Publishing, 2018), pp. 103–20 (p. 107), https://doi.org/10.1007/978-3-319-14454-2_6.

⁴¹⁵ Thierry Balzacq and Frédéric Ramel, *Traité de relations internationales* (Paris: Sciences po, les presses, 2013).

⁴¹⁶ Samy Cohen, *Les ONG face aux mouvements altermondialistes* (Paris: Presses de Sciences Po, 2004), p. 379.

de l'action humanitaire »⁴¹⁷. L'engagement simultané des militaires dans la guerre et dans la distribution de l'aide humanitaire ne rassure pas les vulnérables et alimente des soupçons de tout genre. La légitimité de l'action humanitaire est alors souillée et les ONG, pourtant quelques fois fidèles à leurs principes, peuvent perdre leur crédibilité dans ce mélange d'acteurs avec des objectifs plus ou moins incompatibles. C'est sur cela qu'aboutit Tardy lorsqu'il souligne que « l'évolution de la gestion de crise et l'enchevêtrement de logiques de nature politique, militaire et humanitaire, sont sources de problèmes à la fois existentiels et pratiques pour les ONG »⁴¹⁸. En fait, selon Collinson et Elhawary, la sphère humanitaire peut aussi être comprise comme « le produit d'une interaction dynamique et complexe d'acteurs, d'intérêts, d'institutions et de processus politiques, militaires et légaux »⁴¹⁹.

Les logiques et dynamiques décisionnelles viennent d'être étayées. Leurs mises en œuvre peuvent susciter des réactions en termes d'appui ou de protestation de la part d'individus ou de groupes.

⁴¹⁷ Dario Battistella *et al.*, *Op. cit.*, 2012, p. 304.

⁴¹⁸ Thierry Tardy, *Op. cit.*, p. 215.

⁴¹⁹ Zwitter, p. 106.

II.2. Théories de l'action collective

L'expression « action collective » vient étayer les théories ayant trait à la revendication, à l'engagement collectif en réaction à l'action posée par l'autorité publique et ses partenaires à destination de la communauté. La réflexion sur l'action collective ne date pas d'aujourd'hui. Des études sur les comportements des foules ou des masses populaires ont inauguré ce domaine qui a été par la suite fertile chez Mancur Olson.

II.2.1. Les premiers pas dans l'explication de l'action collective

Les premières explications de l'action collective se retrouvent généralement dans les travaux de Karl Marx⁴²⁰, Gabriel Tarde⁴²¹ et de Gustave Le Bon sur la Psychologie sociale⁴²². En effet, ceux-ci posent le principe de causalité entre les conditions de l'individu et sa participation à la mobilisation. Ils trouvent dans sa participation des motivations fondamentalement irrationnelles qui résulteraient de ses émotions et de l'imitation. Par conséquent, « l'individu est gagné par une sorte de « contagion » qui l'incite, sous l'influence d'un « meneur », à rejoindre les autres et à abdiquer sa faculté rationnelle d'agir »⁴²³. J-Y. Dormagen et D. Mouchard ajoutent qu'aux yeux de G. Le Bon et G. Tarde « l'action collective est un phénomène irrationnel et potentiellement dangereux »⁴²⁴. Le Bon souligne que les foules présentent un certain nombre de caractéristiques communes, dont : « – Orientation fixe des idées et sentiments chez les individus qui les composent et évanouissement de leur personnalité. – La foule est toujours dominée par l'inconscient. – Disparition de la vie cérébrale et prédominance de la vie médullaire »⁴²⁵. C'est ce que Le Bon, cité par Turner & Killiam, appelle « l'unité mentale de foules »⁴²⁶. Ce faisant, le terme « foule » est indissociable de « l'inorganisé, de l'incontrôlable et donc du risque d'émeutes et de débordements »⁴²⁷. Selon Le Bon, cité par Pascale Dufour, « « l'âme des foules » serait un être autonome par rapport aux individus qui la composent »⁴²⁸.

⁴²⁰ Karl Marx, *Le 18 Brumaire de Louis Bonaparte*, Collection : Classiques Du Marxisme, 3ème édition (Paris: Les Editions sociales, 1969).

⁴²¹ Gabriel Tarde, *L'opinion et La Foule* (Paris: PUF, 1989 (1901)).

⁴²² Gustave Le Bon, *Psychologie Des Foules* (Paris: PUF, 1989 (1905)).

⁴²³ Dormagen and Mouchard, *Op. cit.*, p. 212.

⁴²⁴ *Ibidem*.

⁴²⁵ Le Bon, pp. 17–23.

⁴²⁶ Ralph H. Turner and Lewis M. Killian, *Collective Behavior*, 3rd ed (Englewood Cliffs, N.J: Prentice-Hall, 1987), p. 19.

⁴²⁷ Ted Robert Gurr cité par Dormagen and Mouchard, *Op. cit.*, p. 212.

⁴²⁸ Pascale Dufour, *Op. cit.*, p. 41.

Parmi les tenants du comportement collectif, Robert Ezra Park voit la chose autrement. En effet, il s'insurge contre la conception destructrice des foules énoncée ci-haut. Celui-ci « confère une dimension créatrice au comportement collectif, d'innovation »⁴²⁹. S'inscrivant dans la même lancée, Herbert Blumer consacre un basculement de paradigme si l'on s'en tenait à l'analyse de Pascal Dufour. En effet, « on passe d'une réflexion en termes de *contagion* (l'individu serait amené à agir comme les autres, par contagion) à une réflexion en termes de *convergence* »⁴³⁰. Celle-ci serait donc « la communauté d'expériences vécues par les membres de certaines catégories sociales qui les mènerait à certains comportements (comme la violence) »⁴³¹. Par cette réflexion, Blumer introduit un notable changement qui consacre la rupture dans la dissociation entre le comportement normal et le comportement de foule.

Toutefois, que ce soient les théoriciens de la contagion ou ceux de la convergence, Turner et Killian constatent, à la suite de Gabriel Tarde⁴³², que tous présentent « la foule comme un ensemble indifférencié de personnes s'imitant les unes les autres ou imitant uniformément et aveuglement un leader »⁴³³. Pour sa part, Ladd Wheeler a présenté la propagation involontaire de comportement comme pouvant revêtir deux formes, à savoir : « la facilitation sociale et la contagion comportementale »⁴³⁴. Concernant la facilitation sociale, « l'action du modèle rappelle simplement à l'imitateur cette forme de comportement, et il ou elle s'engage alors dedans »⁴³⁵. L'exemple présenté est celui du fumeur de cigarette. Lorsqu'un fumeur allume sa cigarette, le voisin fumeur a tendance aussi à allumer la sienne. Par ailleurs, quant à la contagion comportementale, Wheeler la présente comme « un processus dans lequel l'acte du modèle réduit les contraintes qui ont empêché les imitateurs de s'engager dans le même type d'activité »⁴³⁶. L'exemple qu'on peut donner est celui d'un pasteur protestant qui prend de l'alcool en présence de ses fidèles. Certains des fidèles prendront de l'alcool considérant leur pasteur comme un modèle à suivre pour avoir brisé l'interdit de prendre de l'alcool.

Dans la suite de cette théorie de la convergence, Ted Gurr, connu comme l'un des théoriciens de l'analyse du comportement collectif, développe la notion de « frustration

⁴²⁹ *Ibidem.*

⁴³⁰ *Idem*, p. 43.

⁴³¹ *Idem.*

⁴³² Gabriel Tarde, Elsie Worthington Clews Parsons, and Frankklin H. Giddings, *The Laws of Imitation*, Reprinted (S.l.: Books LLC, 2009).

⁴³³ Ralph H. Turner and Lewis M. Killian, *Op. cit.* p. 22.

⁴³⁴ *Ibidem.*

⁴³⁵ *Idem.*

⁴³⁶ *Idem.*

relative »⁴³⁷ pour comprendre les motivations de la mobilisation. En effet, « la frustration de l'individu et son insatisfaction le motivent à rejoindre l'action collective »⁴³⁸. Cette frustration n'est pas absolue, elle est plutôt *relative* en ce sens qu'elle est « le décalage entre la façon dont l'individu ressent sa situation présente d'une part, et, d'autre part, ses attentes quant à sa situation actuelle et future, qui explique sa décision de participer »⁴³⁹ à l'action collective. Autrement dit, c'est l'écart entre les attentes et l'accès à ces attentes en fonction des situations économiques, sociales et culturelles, qui déclenche la rébellion ou la participation à l'action collective.

Les recherches de ces précurseurs de la théorie de l'action collective intéressent cette étude en ce sens qu'elles développent des éléments en rapport avec les attentes, les réponses à ces attentes et les frustrations enregistrées. En effet, les frustrations enregistrées pendant la 10^{ème} épidémie d'Ebola seraient dues à l'insatisfaction des attentes des bénéficiaires des services de la gouvernance de la riposte. Nous tâcherons de comprendre la manière dont les différents groupes sociaux se sont mobilisés afin d'influencer la ou les gouvernances de la riposte à la dixième épidémie d'Ebola.

Toutefois, ces précédentes études n'abordent pas la question relative à l'organisation concrète de la mobilisation. Le concept de meneur n'est non plus défini. Pour notre part, nous avons scruté l'organisation des groupes qui ont servi de guide dans la mobilisation des masses pour ou contre cette ou ces gouvernances.

Enfin, ces théoriciens, faisant partie de l'élite de l'époque, développent une vision stéréotypée de l'action collective vue comme une menace à la toute-puissance de la notabilité. Quant à nous, nous n'avons pas travaillé dans cette gouvernance contre la dixième épidémie d'Ebola. Ce faisant, nous avons analysé la situation avec des lunettes typiquement scientifiques afin de cerner les dessous de carte aussi bien du côté des prestataires que des bénéficiaires de la gouvernance de la réponse à Ebola.

II.2.2. La théorie des incitations sélectives

Mancur Olson⁴⁴⁰ est présenté comme le ténor de cette théorie. Toutefois avant lui, d'autres auteurs se sont intéressés à la théorie de l'action collective comme nous venons de le démontrer ci-haut. Parmi ceux-ci, certains ont été plus proches d'Olson en effleurant la question

⁴³⁷ Ted Robert Gurr, *Why Men Rebel*, Fortieth anniversary paperback edition (London New York: Routledge, Taylor & Francis Group, 2016).

⁴³⁸ Ted Robert Gurr cité par Dormagen et Mouchard, *Op. cit.*, p. 213.

⁴³⁹ *Ibidem*.

⁴⁴⁰ Mancur Olson, 'Logique de l'action collective' (Presses Universitaires de France, 1978).

du *free riding* (« chevalier indépendant », souvent traduit en français par l'image du « passager clandestin »). Ils n'ont, toutefois, pas été explicites et profonds comme l'a été Mancur Olson. Certes, William Baumol et Mancur Olson « voyaient le problème comme un jeu de dilemme du quasi-prisonnier, où les individus n'auraient aucune incitation à contribuer, quelle que soit la contribution des autres »⁴⁴¹. Mais, William Baumol « n'a cependant pas développé de formalismes qui pourraient expliquer le problème du passager clandestin dans des contextes généraux et il n'a pas distingué les problèmes avec une incitation dominante à faire défection des problèmes avec des incitations conditionnelles à faire défection »⁴⁴². Pour sa part, Anthony Downs a abordé la question du passager clandestin en l'inscrivant dans le contexte des élections ou du vote. En effet, il part de la notion du « bien collectif ». Celui-ci « est celui qui procure des bénéfices indivisibles... même pour ceux qui n'ont pas payé pour ça et sans tenir compte de qui d'autre en bénéficie »⁴⁴³. Anthony Downs enchaîne en écrivant : « là où les citoyens sont nombreux, chaque personne trouve avantageux de refuser à payer pour pareils bénéfices indivisibles »⁴⁴⁴. Inscrivant sa réflexion dans le contexte des élections, cet auteur argue que face à cette situation « la probabilité que son vote décide de l'élection, compte tenu des votes de tous les autres, est extrêmement faible, mais pas zéro »⁴⁴⁵.

Mancur Olson s'inscrit dans cette même ligne de réflexion tout en l'approfondissant. En effet, il ne prend pas pour point de départ de son analyse les conditions structurelles et collectives de la mobilisation. Il s'intéresse plutôt à l'individu et à la décision de celui-ci de participer ou non à l'action collective. Selon lui, compte tenu de la rationalité de l'homme, celui-ci est un être économique, un *homo economicus*, un calculateur. En fait,

*en théorie économique, le principe de rationalité est généralement identifié à la recherche du maximum – ou du minimum – d'une fonction-objectif (UTILITE, profit, coût), compte tenu de l'information dont dispose celui qui applique le principe, de ses ressources et des contraintes (ou des règles) que lui impose la société dans laquelle il se trouve*⁴⁴⁶.

⁴⁴¹ Keith Dougherty, 'Precursors of Mancur Olson', in Jac C. Heckelman, Dennis Coates (Editors), *Collective Choice. Essays in Honor of MANCUR OLSON*, (Berlin Heidelberg: Springer-Verlag, 2003), pp. 17–31 (p. 24).

⁴⁴² *Ibidem*.

⁴⁴³ Anthony Downs, *Op. cit.*, p. 170.

⁴⁴⁴ *Ibidem*.

⁴⁴⁵ *Idem*, p. 244.

⁴⁴⁶ Bernard Guerrien, *Dictionnaire d'analyse économique: microéconomie, macroéconomie, théorie des jeux, etc.*, Dictionnaires Repères, 3e éd. rev. et augm (Paris: Éd. la Découverte, 2002), p. 427.

Autrement dit, dans la conception d'Olson, l'individu est considéré comme rationnel car il sait évaluer les coûts et bénéfices d'une action avant de s'y engager. Cet individu doit maximiser les bénéfices et diminuer les coûts.

Ainsi, Olson s'élève contre l'idée selon laquelle les groupes se comporteraient en tant qu'acteurs selon la même rationalité que les individus. Autrement dit, les logiques de l'action individuelle diffèrent de celles de l'action collective. Olson affirme qu'un individu ne s'engage spontanément dans l'action collective qu'à condition d'y trouver un avantage propre. L'espérance d'avantages collectifs ne peut suffire à le motiver puisqu'il s'agit, par hypothèse, de biens non divisibles, c'est-à-dire que tout membre du groupe, qu'il se soit ou non mobilisé, en aura de toute façon sa part (allègement fiscal, hausse de salaire, protection de l'environnement)⁴⁴⁷. Sur ce, l'individu agissant rationnellement va choisir la non-participation car elle lui procure plus de bénéfices que de coûts. Certains membres du groupe vont donc opter pour la stratégie du *free rider*⁴⁴⁸ (passager clandestin). Cette attitude s'appelle paradoxe de l'action collective que Olson décrit en ces termes : « leurs actions et attitudes étaient un modèle de rationalité quand ils souhaitaient que tout le monde aille assister à des réunions et ne s'y rendaient pas eux-mêmes »⁴⁴⁹. De cette situation, la participation sera contraignante et, par conséquent, élevée dans des petits groupes où les gens se connaissent ; par contre, elle sera non contraignante et moins importante dans des grands groupes parce que ceux-ci vont compter un peu trop de *free riders*. C'est ce que Mancur Olson constate lorsqu'il affirme : « plus le groupe est grand, plus il ne donnera pas une quantité optimale d'un bien collectif »⁴⁵⁰. Pour diminuer la marge de manœuvre des passagers clandestins, Olson suggère que les leaders des organisations mettent en place des *selective incentives*⁴⁵¹ (incitations sélectives) qui relèvent de deux catégories. *Primo*, « les pénalisations du refus de participer »⁴⁵² qui peuvent être des pressions psychologiques, physiques. On peut aussi rompre la solidarité de comportement avec le récalcitrant. Ça s'appelle « incitations négatives »⁴⁵³. *Secundo*, « l'autre catégorie d'incitations repose sur l'octroi d'avantages spécifiques »⁴⁵⁴ de nature sociale ou pécuniaire si possible. Ça s'appelle « incitations positives »⁴⁵⁵.

⁴⁴⁷ Philippe Braud, *Sociologie politique*, Manuel, 4e éd (Paris: LGDJ, 1998), p. 265.

⁴⁴⁸ Mancur Olson, *The Logic of Collective Action: Public Goods and the Theory of Groups*, Harvard Economic Studies, 124 (Cambridge (Mass.) London: Harvard university press, 1971), p. 76.

⁴⁴⁹ *Ibidem*, p. 86.

⁴⁵⁰ *Idem*, p. 35.

⁴⁵¹ *Idem*, p. 133.

⁴⁵² Philippe Braud, *Op. cit.*, 265.

⁴⁵³ Jean-Yves Dormagen and Daniel Mouchard, *Op. cit.* p. 214.

⁴⁵⁴ Philippe Braud, *Op. cit.*

⁴⁵⁵ Jean-Yves Dormagen and Daniel Mouchard, *Op. cit.*

Il a été parfois reproché à Olson d'avoir pensé que l'individu est, tout le temps, un acteur libre et rationnel. Face au nombre d'acteurs présents, les individus adaptent leurs comportements et leurs avis afin que chacun d'entre eux trouve sa part. Tout n'est pas non plus calculable en ce sens que les avantages de nature sociale échappent à la règle économique. Toutefois, ces avantages demeurent rationnels selon les acteurs en présence. L'on peut être incité à participer pour des raisons sociales de notoriété, du plaisir de l'aventure, de satisfaction morale, etc. Quoiqu'il en soit, son analyse est capitale pour comprendre les dynamiques internes qui caractérisent les rapports entre les dirigeants et les membres d'une organisation. C'est cette intuition d'Olson insistant sur la dimension organisationnelle des mouvements sociaux qui a inspiré les travaux développés par d'autres auteurs à l'instar d'Anthony Oberschall sur la mobilisation des ressources et de Michel Crozier sur l'analyse stratégique.

II.2.3. L'analyse stratégique

Elle cherche « en priorité à comprendre comment se construisent les actions collectives à partir de comportements et d'intérêts individuels parfois contradictoires »⁴⁵⁶. En fait, Michel Crozier insiste sur le fait que les organisations « sont des systèmes de relations entre des groupes d'individus qui ont chacun leurs intérêts et leurs propres groupes »⁴⁵⁷. Ce sont ces intérêts, et non pas les objectifs collectifs de l'entreprise, qui constituent le mobile de leurs comportements. Ainsi, Crozier et Friedberg écrivent : « alors que la réflexion en termes d'objectifs tend à isoler l'auteur de l'organisation à qui elle l'oppose, la réflexion en termes de stratégie oblige à chercher dans le contexte organisationnel le vécu des acteurs »⁴⁵⁸. Les relations de pouvoir au sein de l'entreprise visent à intégrer, de façon cohérente, ces logiques particulières de façon à atteindre les objectifs globaux qu'elle se donne. Le comportement stratégique dont référence est faite ici « signifie que chaque acteur ou groupe d'acteurs dispose dans l'organisation d'un minimum de marge de manœuvre lui permettant d'adopter un comportement volontariste : soit actif, soit d'inertie délibérée »⁴⁵⁹.

D'inspiration libérale, cette théorie relève de l'école du *Public Choice*. Michel Crozier « rejette l'idée selon laquelle les individus auraient nécessairement un comportement rationnel et, plus encore, l'hypothèse selon laquelle il existerait une rationalité générale que

⁴⁵⁶ Trésor Fobasso, 'L'analyse Stratégique de Michel CROZIER et Erhard FRIEDBERG', 2015.

⁴⁵⁷ Michel Crozier and Erhard Friedberg, *L'acteur et Le Système. Les Contraintes de l'action collective* (1977), (rééd. Paris: Seuil, 1982).

⁴⁵⁸ *Ibidem*.

⁴⁵⁹ Braud, *Sociologie politique*, p. 268.

redécouvriraient spontanément de libres acteurs »⁴⁶⁰. A ce sujet, Michel Crozier et Erhard Friedberg rejoignent Herbert Simon en ce sens qu'ils reconnaissent que l'individu dispose d'une rationalité limitée⁴⁶¹. En réalité, les individus sont soumis à divers ordres de contraintes dont l'insuffisance d'informations et la complexité des problèmes due à des intérêts divergents des acteurs. Celles-ci ne leur permettent pas d'être parfaitement rationnels. Ainsi, « pour Simon l'optimum est une utopie »⁴⁶².

Cette théorie insiste donc sur les stratégies de pouvoir et d'interaction (entre supérieurs et subalternes) à l'intérieur d'organisations qui les structurent. Ceci la place dans la perspective d'un systémisme renouvelé s'intéressant aux relations dynamiques d'échanges qui se constituent entre un ensemble et son environnement ainsi qu'entre les sous-ensembles d'un même ensemble. Néanmoins, l'analyse stratégique se différencie du systémisme classique sur trois points. D'abord, l'individu dispose d'une marge d'initiative laissée par les défaillances de l'organisation. Ensuite, elle reconnaît l'inévitabilité des conflits. Enfin, la liberté et ou la rationalité des individus ne sont que des construits sociaux et non des entités abstraites⁴⁶³.

Enfin, l'on peut inférer de ce qui précède que l'analyse stratégique repose sur quatre principaux concepts, à savoir : « la stratégie de l'acteur, le système d'action concret, les zones d'incertitude et le pouvoir »⁴⁶⁴. Pour finir, l'on peut dire avec Crozier que « l'acteur n'existe pas au-dehors du système qui définit la liberté qui est sienne et la rationalité qu'il peut utiliser dans son action. Mais le système n'existe que par l'acteur qui seul peut le porter et lui donner vie, et qui seul peut le changer »⁴⁶⁵.

Tout en comptant sur la stratégie des acteurs dans un système, ceux-ci, comme ressource première, ont besoin d'autres ressources pour asseoir leur pouvoir. Par ailleurs, en dépit des menaces qu'ils rencontrent, ils peuvent se saisir des fenêtres d'opportunités qui se présentent à eux.

⁴⁶⁰ *Ibidem*.

⁴⁶¹ Herbert A. Simon, *Administrative Behavior: A Study of Decision-Making Processes in Administrative Organizations*, 4th ed (New York: Free Press, 1997), pp. 84–85.

⁴⁶² Jean-Michel Plane, *Théorie des organisations*, Les topos, 5e éd (Malakoff: Dunod, 2017), p. 58.

⁴⁶³ Philippe Braud, *Op. cit.*, 270.

⁴⁶⁴ Michel Plane, *Op. cit.*, 80-81.

⁴⁶⁵ Michel Crozier and Erhard Friedberg, *Op. Cit.*, p. 11.

II.2.4. Théories de la mobilisation des ressources et l'approche du processus politique

Anthony Oberschall est l'un de ténors de la théorie de la mobilisation des ressources. Il énumère deux types de conditions qui puissent déclencher une protestation :

Les conditions minimales de protestation sont des cibles partagées et des objets d'hostilité tenus responsables des griefs, des difficultés et des souffrances, amplifiés dans certains cas par des sentiments plus profondément enracinés d'oppression collective, d'intérêts communs et de communauté de destin. Ces conditions minimales ne donnent cependant lieu qu'à des explosions et à des mouvements de protestation à court terme, localisés et éphémères tels que des émeutes. Mais pour pérenniser une résistance ou une protestation, une base organisationnelle et la continuité de leadership sont nécessaires⁴⁶⁶. (trad.).

De ce fait, le modèle d'Oberschall met l'accent à la fois sur la dimension conflictuelle des mouvements sociaux et sur le rôle des leaders. Il comporte deux dimensions : une dimension verticale qui réfère au degré d'intégration d'une organisation au sein de la collectivité nationale, et une dimension horizontale qui réfère au type d'organisation⁴⁶⁷.

Le croisement de ces deux dimensions a abouti au constat ci-après : « plus une collectivité est segmentée, c'est-à-dire confrontée à des groupes sociaux ayant à leur tête des élites distinctes, plus les chances de mobilisation seront élevées ; plus une organisation sera structurée, soit de manière communautaire, soit de manière associative, plus les chances de mobilisation seront élevées »⁴⁶⁸.

En fait, Anthony Oberschall montre que les mobilisations varient à la fois en fonction du contexte et des rapports entre les groupes sociaux mobilisables. En dépit de sa proximité avec les travaux d'Olson, sa problématique apparaît en réalité foncièrement originale, puisqu'elle place l'accent sur les phénomènes de contrôle social plutôt que sur les choix individuels de l'acteur. La participation de chacun à des mouvements sociaux lui semble conditionnée par les mécanismes de son intégration au groupe, en d'autres termes par les modalités de sa dépendance sociale.

⁴⁶⁶ Anthony Oberschall, *Social Conflict and Social Movements*, Prentice-Hall Series in Sociology (Englewood Cliffs., N.J: Prentice-Hall, 1973), p. 119.

⁴⁶⁷ *Ibidem*.

⁴⁶⁸ Anthony Oberschall cité par Voilliot, pp. 108–9.

Par ailleurs, cette approche examine une « variété de ressources qui doivent être mobilisées »⁴⁶⁹. En fait, cette mobilisation concerne les « ressources financières, mais aussi des ressources en termes de temps, de savoir-faire et de main-d'œuvre »⁴⁷⁰. Ceci étant, l'organisation de la mobilisation fera appel à des professionnels, à des experts,...étant donné que les groupes démunis n'ont pas une capacité suffisante et prouvée de mobilisation. Il faut donc un leadership fort capable de mobiliser les diverses couches et catégories de la population pour s'assurer de la réussite de la mobilisation. Autrement dit, la mobilisation ne sera forcément pas de l'apanage des catégories démunies même si ce sont elles qui souffrent de telle ou telle autre situation décriée. Certes, pour que cette mobilisation réussisse, la présence d'un leader est cruciale mais n'est pas déterminante. Il faut donc une mobilisation interactive entre les leaders et la masse pour organiser une action protestataire. En fait, les mouvements quasi-acéphales peuvent dégénérer et muer en des émeutes et soulèvements sans aboutir aux résultats escomptés.

Bien que cette théorie sur la mobilisation mette en exergue les conditions générales de la structure sociale, Oberschall est conscient du rôle joué par les facteurs liés aux participants. Parmi ceux-ci, nous pouvons en citer trois, à savoir :

*la perte du contrôle social par les catégories dirigeantes, ..., constitue un élément décisif du passage à l'action collective des mécontents ; la « saillance » de problèmes déterminés, ..., favorise la focalisation des revendications sur des objectifs communs et leur contagion sociale ; si le mouvement revendicatif ou protestataire réussit à se donner un leader charismatique ainsi qu'une organisation centralisée qui coiffe les multiples organisations composantes, alors le maximum d'énergie et de ressources peut être consacré efficacement à la lutte engagée*⁴⁷¹.

Ce dernier facteur souligne l'importance de l'organisation interne du groupe qui peut souvent dépendre du bon vouloir du chef. A ce titre, McCarthy et Zald montrent que « les mécontentements peuvent être définis, créés et manipulés par les dirigeants des organisations »⁴⁷². En fait, « la mobilisation est dépendante à la fois de la structure interne des

⁴⁶⁹ John D. McCarthy and N. Zald Mayer, 'Resource Mobilization and Social Movements: A Partial Theory', *American Journal of Sociology*, 82.6 (1977), 1212-41 (p. 1213).

⁴⁷⁰ Pascale DUFOUR, *Op. cit.*, p. 43.

⁴⁷¹ Oberschall cité par Philippe Braud, *Op. cit.*, p. 274.

⁴⁷² Olivier Fillieule, 'Emergence et Développement Des Mobilisations', in *Nouveau Manuel de Science Politique*, ed. by Antonin Cohen, Bernard Lacroix, and Philippe Riutort, Grands Repères (Paris: La Découverte, 2009), pp. 514-29 (pp. 521-22).

groupes (intensité des réseaux, l'unité du groupe, etc.) et de son degré d'organisation, et des opportunités qui se présentent à eux »⁴⁷³.

Ainsi, un autre angle d'analyse, faisant suite à la théorie de la mobilisation des ressources, est l'approche du processus politique. Celle-ci introduit les facteurs politiques et institutionnels dans l'analyse des mouvements sociaux. Ainsi, cette approche soutient que « pour comprendre l'émergence et le développement d'une contestation d'envergure, il est primordial de considérer l'environnement politique dans lequel elle s'inscrit »⁴⁷⁴. Cet environnement peut servir comme menace et ou opportunité. En fait, l'approche du processus politique repose, en gros, sur l'expression « structure d'opportunité politique »⁴⁷⁵ et « prend en compte des cycles de mobilisations (et non seulement un temps précis d'une mobilisation) »⁴⁷⁶. Des gens ne se lancent pas dans une lutte pour le plaisir de le faire. Ils se lancent, la plupart de temps, pour « se défendre contre quelque chose qui menace leurs intérêts, leurs valeurs ou leur identité »⁴⁷⁷. La lutte peut être modérée au début. Au fur et à mesure qu'elle continue, elle peut être violente, elle peut changer d'intensité, et peut aboutir à la démobilisation. Et celle qui n'était pas coordonnée au début peut par la suite prendre forme au fur et à mesure que les stratégies d'actions deviennent de plus en plus élaborées.

Toutefois, en même temps qu'une menace se présente, des opportunités peuvent également surgir. C'est ce que soulignent ces auteurs lorsqu'ils stipulent que « menaces et opportunités surgissent en même temps, et la plupart de ceux qui s'engagent dans un conflit se saisissent à la fois des unes et des autres »⁴⁷⁸.

Ceci paraît être le cas dans la gouvernance de la dixième épidémie d'Ebola en RDC. En effet, au même moment qu'Ebola et les équipes de la riposte étaient perçus par certains comme une menace à la survie de la communauté locale, la gouvernance de cette riposte a aussi présenté des opportunités. En effet, cette gouvernance a offert des soins gratuits complets ou partiels à des patients en payant pour eux la facture. Non seulement, le système de santé en a respiré en construisant certains édifices qu'il n'aurait pas pu réaliser en ces temps, mais également le personnel médical a vu son salaire augmenter à sa grande surprise. Cet aspect sera développé dans un des chapitres qui va suivre.

⁴⁷³ Christophe Voilliot, *Op. cit.*, p. 110.

⁴⁷⁴ Sidney Tarrow cité par Pascale DUFOUR, *Op. cit.*, p. 45.

⁴⁷⁵ Tilly and Tarrow, pp. 105–7.

⁴⁷⁶ Pascale DUFOUR, *Op. cit.*, p. 45.

⁴⁷⁷ Charles Tilly and Sidney Tarrow, *Op. cit.*, 107.

⁴⁷⁸ *Ibidem*.

Par ailleurs, « les rivalités à l'intérieur de la sphère du pouvoir conduisent parfois certains de ses membres à s'allier à certains adversaires...l'extrême mobilité des menaces et opportunités introduit davantage d'incertitude dans les relations entre auteurs et destinataires des revendications »⁴⁷⁹. Ceci semble avoir été le cas, comme nous le verrons plus tard, dans la ou les gouvernances de la dixième épidémie d'Ebola en RDC. En fait, l'on a vu des prestataires locaux de santé tenir un langage opposé à celui des prestataires étrangers pour ainsi renforcer celui des contestataires de cette ou ces gouvernances.

Des critiques ont été adressées à ces deux courants théoriques. Primo, les ressources mobilisées n'ont pas une valeur absolue. Leur valeur est relative en ce sens que, d'une part, celles qui sont efficaces dans un espace social donné ne le sont pas toujours dans d'autres ; et, d'autre part, celles qui sont considérées comme positives par les uns peuvent être négatives pour les autres. Secundo, les auteurs de la mobilisation des ressources avaient oublié le caractère contingent de l'action collective dû à l'influence réciproque des acteurs. C'est ainsi qu'il est important de souligner que l'action collective « est un processus continu d'influences réciproques entre groupes et au sein des groupes...[qui prend en compte des] dynamiques internes de l'action »⁴⁸⁰. Et Charles Tilly de conclure qu' « au cours de l'action collective populaire, le nombre, l'identité, les limites des acteurs changent souvent et vite »⁴⁸¹.

II.2.5. L'angle identitaire de l'action collective

Celle-ci peut s'analyser à deux niveaux.

Primo, « l'affirmation identitaire, la recherche collective de l'estime de soi à travers la fierté du groupe, est devenue la dimension fondamentale de beaucoup de mobilisations contemporaines »⁴⁸². La fierté de s'identifier à et de s'engager dans un groupe qui a une image positive dans la société est parfois un mobile de mobilisation afin de se différencier des autres. C'est ainsi que Charles Taylor voit dans ces mobilisations « l'expression d'un besoin de reconnaissance qui libère les groupes dominés d'une image dépréciative d'eux-mêmes »⁴⁸³. Ceci semble avoir été une réalité dans le contexte de la lutte contre la 10^{ème} épidémie d'Ebola. Nous montrerons dans la suite pourquoi certains groupes se sont mobilisés pour ou contre.

⁴⁷⁹ *Idem*, p. 108.

⁴⁸⁰ Braud, p. 275.

⁴⁸¹ Charles Tilly, 'Action Collective et Mobilisation Individuelle'; in Pierre BIRNBAUM, Jean LECA (Dir), *Sur l'individualisme* (Paris: Presses de Sciences Po, 1991), pp. 211-43 (p. 236), <https://doi.org/10.3917/scpo.birnb.1991.01.0211>.

⁴⁸² Braud, *Op.cit.*, p. 276.

⁴⁸³ Charles Taylor, *Multiculturalisme. Différence et démocratie*, Paris, Flammarion, 1997, p. 42 cité par *Ibidem*.

Également, nous montrerons les dividendes qu'ils en ont tirés aussi bien sur le plan politique, social, économique et symbolique. Chaque groupe ou intervenant avait l'intention de se donner une identité collective ou individuelle afin de se présenter comme le vrai défenseur de la cause de la population. S'il est bien évident que l'homme s'engage pour avoir l'argent, il arrive qu'il s'engage aussi pour des raisons idéologiques, politique, de prestige et d'honneur. Dans ce cas, c'est la dimension psychopolitique et symbolique qui entre en ligne de compte⁴⁸⁴ et l'emporte sur la dimension matérialiste. Ou alors, il s'agit de construire le capital social qui pourra par la suite procurer des gains économiques et financiers.

Secundo, cette donne identitaire explique les causes du succès ou d'échecs des mobilisations. Si Oberschall, déjà cité, a mis l'accent sur les facteurs d'organisation de la protestation collective, cette explication identitaire a, quant à elle, mis l'accent sur « les griefs et revendications »⁴⁸⁵ qui constituent le *leitmotiv* de la mobilisation et, dans la présente étude, de la réaction.

Toutefois, il y a lieu d'adopter une compréhension éclectique ou médiane qui concilie la revendication et les facteurs organisationnels, celle, au sens de Bert Klandermans, « où s'opère l'articulation entre l'existence des griefs et la mise en jeu des leviers organisationnels »⁴⁸⁶.

⁴⁸⁴ Plane, pp. 27–32.

⁴⁸⁵ Braud, *Op. cit.*, 277.

⁴⁸⁶ Bert Klandermans, 'New Social Movements and Resource Mobilization: The European and the American Approach Revisited', *Politics & the Individual*, 1(2), 1991, 89–111 (p. 17).

Conclusion de la première partie

La présente étude s'interroge principalement sur les déterminants des logiques d'actions et des réactions locales dans la réponse au 10^{ème} épisode d'Ebola en République Démocratique du Congo. Ainsi, la première partie de ce travail a permis de donner une assise conceptuelle et théorique à cette question tout en la situant dans le contexte local de là où est apparu le dixième épisode d'Ebola.

Aussi bien dans la conceptualisation que dans la théorisation, nous avons focalisé d'une part sur le(s) prestataire(s) que nous pouvons appeler décideur(s) ou gestionnaire(s) et de l'autre sur les bénéficiaires de ces prestations ou décisions lors de la gouvernance de la riposte contre la dixième épidémie d'Ebola. Autrement dit, il s'agissait de comprendre et de développer les théories afférentes aux concepts « action et réaction ».

Pour nous résumer, le concept action renvoie à toutes les activités de la riposte entreprises par les prestataires directs et indirects contre la dixième épidémie d'Ebola envers la communauté en application des politiques publiques nationales et internationales en matière de santé. Cette tâche n'a sûrement pas été facile. C'est pourquoi, des décisions adaptées au contexte local ont été prises pour faciliter cette mise en œuvre. Le concept réaction renvoie, quant à lui, à toutes les actions ou activités en appui ou contre la gouvernance de la dixième épidémie d'Ebola.

Concernant l'action, nous nous sommes servi de l'approche intégrée des politiques publiques pour cerner les mobiles d'action des prestataires dans la gouvernance de la dixième épidémie d'Ebola. Cette approche est axée sur quatre piliers. Le premier pilier est celui qui considère le gestionnaire comme quelqu'un qui est rationnel et mu par des intérêts personnels. Son égoïsme ne lui permet pas de coopérer. Toutefois, avec l'institutionnalisme du choix rationnel, qui est le deuxième pilier de cette approche, les institutions facilitent la coopération et permettent à chaque acteur d'affûter ses armes en tenant compte du comportement des autres. Ces deux piliers relèvent de la théorie du choix rationnel. Toutefois, l'homme n'est pas parfaitement rationnel dans sa prise de décision. Sa rationalité peut être limitée et les organisations peuvent être considérées comme des anarchies organisées dans lesquelles cohabitent ordre et anarchie en fonction des intérêts des décideurs. Ce modèle ne tient pas compte d'autres facteurs comme l'histoire, la culture et les idées. C'est pourquoi d'autres théories vont être développées dont les approches basées sur les institutions et les idées comme troisième et quatrième piliers de l'approche intégrée. Le passé, les routines - qui englobent valeurs, normes et matrices cognitives - , l'analyse des réseaux et les perceptions liées aux

normes et aux institutions peuvent induire à la continuité ou au maintien des politiques, actions et décisions.

Concernant la réaction, les théories sur l'action collective ont été mobilisées. Gustave LeBon, Gabriel Tarde, Robert Ezra Park et Ted Gurr sont parmi les précurseurs lointains de ces théories. Selon eux, la mobilisation résulterait respectivement des émotions, de l'imitation (contagion), de la convergence et de la frustration des individus. Pour leur part, les théoriciens des incitations sélectives, un homme rationnel ne peut pas s'engager dans une lutte collective étant donné que les dividendes à y tirer sont indivisibles. Pour amener les gens à y participer, il faut les inciter par des récompenses positives et négatives. L'analyse stratégique, pour sa part, met l'accent sur la marge de manœuvre des acteurs qui peuvent décider d'être soit actifs, soit inactifs. La théorie de la mobilisation des ressources a aussi été exploitée. Ainsi, pour qu'une mobilisation de protestation réussisse, il faut qu'il y ait des cibles partagées et des objets d'hostilités tenus responsables des griefs en sus du rôle que doivent jouer les leaders. La mobilisation varie en fonction du contexte et des rapports entre groupes, et est de divers types (finances, temps, savoir-faire et main-d'œuvre). Par ailleurs, une menace n'est pas seulement destructrice, elle peut ouvrir des fenêtres d'opportunités parmi elles du travail. Enfin, concernant l'angle identitaire de l'action collective, l'affirmation et l'identification de soi à travers la fierté du groupe sont à la base de la mobilisation qui porte sur les griefs et revendications.

Le milieu d'étude, le cadre conceptuel et les bases théoriques de cette étude étant connus, la deuxième partie présente la MVE, la mise en place des équipes de la riposte du 10^{ème} épisode et leur accueil par les communautés locales.

Deuxième partie :

Mise en place et attentes de la riposte contre le dixième épisode de la Maladie à virus Ebola

Le déclenchement du dixième épisode de la maladie à virus Ebola a mobilisé des acteurs tant nationaux qu'internationaux pour mettre fin à ce virus épidémique et très mortel. L'organisation mise en place a suscité des attentes et des inquiétudes de la part des populations bénéficiaires. Au même moment, l'organisation de la riposte a été influencée par les tumultes de la vie politique congolaise. La combinaison de ces facteurs est à la base des adaptations qu'a subi le système organisationnel de la riposte contre ce dixième épisode. Mais avant d'étayer ces éléments, un bref aperçu sur la MVE mérite d'être présenté.

Chapitre I : Aperçu général sur la maladie à virus Ebola

Ce chapitre présente la MVE en donnant son origine, ses caractéristiques et son évolution historique en termes d'épisodes et de découvertes y afférents.

I.1. Origines et caractéristiques de la MVE

Connue jadis sous l'appellation fièvre hémorragique à virus Ebola⁴⁸⁷, la MVE a été découverte en 1976 dans le village de Yambuku, dans la Province de la Mongala en RDC (ex-Zaïre). Ebola est un nom d'une rivière, connue aussi sous les appellations « Legbala »⁴⁸⁸ et « rivière blanche »⁴⁸⁹, qui traverse la mission catholique de ce village. Le mot Ebola est une déformation du nom ngbandi (dialecte locale) « Legbala »⁴⁹⁰ par des belges établis dans cette région à l'époque de la colonisation. Le virus Ebola appartient à la famille des filovirus (*Filoviridae*) à laquelle appartient également le virus Marburg.

La MVE est une zoonose⁴⁹¹, c'est-à-dire qu'elle se transmet de l'animal à l'homme soit par la consommation d'une viande animale ou d'un fruit, soit par le contact de l'homme avec un animal, mort ou vivant, déjà contaminé. La chauve-souris⁴⁹² est le réservoir naturel ou primaire de la MVE. D'autres animaux sauvages sont considérés comme des « intermédiaires amplificateurs »⁴⁹³ dans la transmission de la maladie à l'homme. La chauve-souris est à la fois insectivore et frugivore. L'homme étant également frugivore, il peut se contaminer de la MVE en touchant ou en mangeant le reste de fruits mangés auparavant par la chauve-souris. Une fois contaminée, la personne, appelée cas primaire ou initial, peut transmettre la maladie à d'autres personnes et inaugurer ainsi la chaîne de contaminations interhumaines. La période d'incubation, non contagieuse, varie de 2 à 21 jours⁴⁹⁴ à compter dès le contact avec la personne infectée.

⁴⁸⁷ R. Migliani *et al.*, 'Aspects épidémiologiques de la maladie à virus Ebola en Guinée (décembre 2013–avril 2016)', *Bulletin de la Société de pathologie exotique*, 109.4 (2016), 218–35 (p. 219), <https://doi.org/10.1007/s13149-016-0511-4>.

⁴⁸⁸ Basile Tanghe et A. Vangele, « Région de la Haute Ebola : Notes d'histoire (1890-1900) », *Aequatoria*, N° 6, Juin 1939, p. 61, disponible sur <https://www.jstor.org/stable/25837382> [consulté le 29/03/2024].

⁴⁸⁹ XXX, *Ebola, la rivière blanche*, disponible sur <http://www.ulb-cooperation.org/fr/actualites/ebola-la-riviere-blanche/>, consulté le 28 mars 2024.

⁴⁹⁰ *Ibidem*.

⁴⁹¹ Sébastien Calvignac-Spencer *et al.*, 'Maladie à virus Ebola : une zoonose orpheline ?', *Bulletin de l'Académie Vétérinaire de France*, 168.3 (2015), 233–38, <https://doi.org/10.4267/2042/57933>.

⁴⁹² *Ibidem*, p. 234.

⁴⁹³ *Idem*.

⁴⁹⁴ R. Migliani and others, *Op. cit.*

Le taux de létalité de la MVE est très élevé, variant de 25 % à 90 %. Le zaire ebolavirus (EBOV)⁴⁹⁵ est la plus ancienne et la plus contagieuse de toutes les cinq espèces (*Zaire* (EBOV), *Bundibugyo* (BDBV), *Reston*, *Soudan* (SUDV), et *Tai forest*⁴⁹⁶)⁴⁹⁷ de la MVE. Cette espèce a aussi des variantes en son sein dont EBOV/Mak⁴⁹⁸. Les virus *Bundibugyo* et *Soudan* circulent fréquemment en Afrique centrale et de l'Est, l'EBOV en Afrique centrale (RDC, Gabon, République du Congo) et le *Tai forest* en Afrique de l'Ouest. En dehors des zones africaines, un virus proche d'EBOV a été trouvé chez les chauves-souris insectivores en Espagne⁴⁹⁹.

Les premiers symptômes de la MVE sont : fièvre élevée d'apparition brutale, faiblesse intense, maux de tête et douleurs musculaires. A ces symptômes s'en suivent les vomissements, irritation de la gorge, éruptions cutanées, hémorragies interne et externe, insuffisance rénale et hépatite, et diarrhées⁵⁰⁰.

Partant de ces symptômes, l'OMS donne des indications pour identifier un cas suspect. Il s'agit de « Toute personne, vivante ou décédée, présentant ou ayant présenté une fièvre élevée à début brutal, et ayant été en contact avec : un cas suspect, probable ou confirmé d'Ebola ; un animal mort ou malade » ou « toute personne présentant une fièvre élevée à début brutal et au moins trois des symptômes suivants : maux de tête ; vomissements ; anorexie / perte d'appétit ; diarrhée ; fatigue intense ; douleurs abdominales ; douleurs musculaires ou articulaires ; difficultés à avaler ; difficultés à respirer ; hoquet » ou encore « toute personne présentant des saignements inexplicables ou toute personne morte subitement et dont le décès est inexplicable »⁵⁰¹.

Au départ et jusqu'à il y a peu, le monde ne pouvait pas traiter la MVE ou empêcher sa propagation faute de molécule de traitement ou de vaccin appropriés. Avec les derniers

⁴⁹⁵ Keesha M. Matz, Andrea Marzi, and Heinz Feldmann, 'Ebola Vaccine Trials: Progress in Vaccine Safety and Immunogenicity', *Expert Review of Vaccines*, 18.12 (2019), 1229–42, <https://doi.org/10.1080/14760584.2019.1698952>.

⁴⁹⁶ François Roger, Martine Peeters, Ludovic Plée et Mathieu Bourgarel, « La maladie à virus Ebola : pathosystèmes forestiers et risques zoonotiques », *Bulletin épidémiologique, santé animale et alimentation*, N° 73, Mars 2016, p. 20.

⁴⁹⁷ Keesha M. Matz, et al., *Op. Cit.*

⁴⁹⁸ François Roger et al., *Op. cit.*

⁴⁹⁹ Negro et al., "Discovery of an ebolavirus-like filovirus in Europe", *PLoS Pathog.* 7(10), 2011.

⁵⁰⁰ Ministère des affaires sociales et de la santé, « La maladie à virus Ebola », *Le Point sur risques infectieux*, Juillet 2014.

⁵⁰¹ OMS, *Flambées épidémiques de maladie à virus Ebola et Marburg : préparation, alerte, lutte et évaluation*. Version intermédiaire 1.2 [Internet]. (Genève : OMS ; 2014), disponible sur http://who.int/csr/disease/ebola/manual_EVD/fr, consulté le 29 mars 2024.

grands épisodes, celui de l’Afrique de l’Ouest et le dixième en RDC, certains vaccins sont en cours d’expérimentation et d’autres ont déjà donné des résultats concluants.

I.2. Épisodes d’Ebola et avancées réalisées

Au départ, les soignants n’avaient ni vaccin ni médicament pour couper la chaîne de transmission ou soigner la MVE. Ils se limitaient à soigner les symptômes. Face à cette situation, des scientifiques ont mené des recherches qui ont abouti à la mise au point des vaccins et quelques molécules de traitement pour contrer la menace de cette maladie.

C’est ainsi que sept principaux vaccins, parmi tant d’autres essais (non ou moins concluants), ont été soumis à des essais cliniques et ont prouvé leur efficacité. Il s’agit des vaccins ci-après : VSV-EBOV, Adenovirus serotype 5 (Ad5-EBOV), vaccine regimen with VSV+Ad5 (GamEvac-Combi), chimpanzee adenovirus 3 (ChAd3), ChAd3 + MVA, Ad26-EBOV + MVA et EBOV DNA⁵⁰².

Également, des molécules de traitement de la MVE ont été mises au point, surtout pendant le dixième épisode. Il s’agit par exemple des molécules REGN-EB3 et mAb114⁵⁰³. La fin d’un épisode de la MVE est déclarée 42 jours après la guérison du dernier cas, soit deux fois la période maximale d’incubation du virus.

A elle seule, la RDC a déjà connu quinze épisodes de la MVE sur les 39 recensés, soit un record de 38,5 %. Mais en terme du nombre de morts, deux pays de l’Afrique de l’Ouest (le Libéria 4809 et la Sierra Léone 3956 décès) prennent la première et la deuxième places. La RDC vient en troisième position avec son cumul de 3208 décès. La Guinée, avec 2555 décès, occupe la 4^{ème} place. Ci-après le tableau récapitulatif de ces épisodes.

Tableau 3 : Récapitulatif des épisodes de la MVE depuis 1976

Pays	Région	Dates	Nbre décès	Cas enregistrés
R.D. Congo	Yambuku (Mongala)	1. 1/9/1976-5/11/1976	280	318
	Talanda	2. ../7/1977	1	1
	Kikwit, Mosaango	3. 6/1/1995-16/07/1995	255	315
	Luebo (Kasaï)	4. 15/5/2007-10/10/2007	186	264
	Luebo et Mweka	5. 27/11/2008-1/1/2009	15	32
	Province Orientale	6. 2012	29	54
	Tshuapa	7. Août-novembre 2014	49	69
	Likati (Bas-Uélé)	8. Mai-juin 2017	4	8
	Bikoro	9. 8/5-24/7/2018	33	54
	Mangina (Nord-Kivu)	10. 1/8/2018-24/6/2020	2280 ⁽²²⁸⁷⁾	3470

⁵⁰² Keesha M. Matz, *Op. cit.*

⁵⁰³ Anthony Fauci, *Op. cit.*

	Equateur	11. Juin 2020	55	130
	Biena (Nord-Kivu)	12. Février-mai 2021	6	12
	Beni (Nord-Kivu)	13. 8/10-16/12/2021	9	11
	Mbandaka	14. 23/04-04/07/2022	5	5
	Beni	15. 23/08-27/09/2022	1	1
		Sous-total	3208	4744
Soudan (du Sud)		1. 1976	151	284
	Nzara et Yambio	2. 1979	22	34
	Yambio	3. 2004	7	17
		Sous-total	180	335
Gabon	Mékouma	1. 13/11/1994-9/2/1995	31	51
	Makokou (Mayibout 2)	2. 31/1/1996-12/3/1996	21	31
	Booué, Balimba	3. 13/7/1996-18/01/1997	45	60
	La Zadié (Mékambo)	4. 25/10/2001-22/3/2002	53	65
		Sous-total	150	207
Afrique du Sud	Johannesburg	1. 2/11/1996-26/11/1996	1	2
		Sous-total	1	2
République du Congo	Mbomo, Kélé	1. 28/10/2001-18/3/2002	44	59
	Mbomo, Kélé	2. 25/12/2002-22/4/2003	128	143
	Mbomo, Mbandza	3. 11/10/2003-2/12/2003	29	35
	Etoumbi, Mbomo	4. 18/4/2005-26/5/2005	10	12
		Sous-total	211	249
Ouganda	Gulu, Masindi, Mbarara	1. 2000	224	425
		2. 2007	37	149
		3. 2011	1	1
	Kibaale	4. Juin 2012	4	11
	Luwero	5. 2012	17	24
	Mubende	6. Sept 2022-11/1/2023	55	164
		Sous-total	338	774
Afrique de l'Ouest (et cas liés en dehors de l'Afrique)	Guinée	26/12/2013-20/4/2016	2543	3811
	Sierra Leone	<i>Idem</i>	3956	14124
	Liberia	<i>Idem</i>	4809	10675
	Mali	<i>Idem</i>	6	8
	Nigéria	<i>Idem</i>	8	20
	Royaume Uni	<i>Idem</i>	0	1
	Espagne	<i>Idem</i>	0	1
	Etats-Unis d'Amérique	<i>Idem</i>	1	4
	Sénégal	<i>Idem</i>	0	1
	Italie	<i>Idem</i>	0	1
		Sous-total	11323	28646
Côte d'Ivoire		1994	0	1
		Sous-total	0	1
Guinée	N'zérékoré	14/02-19/06/2021	12	23
		Sous-total	12	23
Philippines		2008	0	6

		Sous-total	0	6
Russie		2004	1	1
		1996	1	1
		Sous-total	2	2
		Total général	15425⁵⁰⁴	34989

Sources : Tableau construit à partir de différentes lectures dont : R. Migliani *et al.*, *Op.cit.* ; A. Lefebvre *et al.*, 2014 : 413 ; Paterné Bisimwa *et al.*, 2022 ; BBC News Afrique, 27 septembre 2022 ; John Elflein, *Chronology of Ebola virus disease outbreaks 1976-2020*, disponible sur <https://www.statista.com/statistics/328962/ebola-virus-disease-outbreaks-by-country-deaths-case-fatality/> [consulté le 29 mars 2024] ; <https://www.cdc.gov/vhf/ebola/history/distribution-map.html> [consulté le 30/03/2024] et notre monitoring.

Sans prétendre à l'exhaustivité, depuis la découverte de la MVE, 35 épisodes ont sévi dans 13 pays africains et dont l'un, celui de l'Afrique de l'Ouest, a connu des cas qui ont été détectés aux Etas-Unis, au Royaume Uni, en Italie et en Espagne. Trois petits épisodes ont été signalés deux fois en Russie et une fois aux Philippines. Bien qu'ayant un taux de létalité très élevé, la MVE apparaît rarement. Agée d'un peu moins de 48 ans, elle a tué, en tout, plus ou moins 15425 personnes. Ces chiffres ne devraient pas alarmer si on les compare à ceux d'autres maladies qui ne suscitent pourtant pas autant d'engagements et de bruits que la MVE. L'on pourrait dire qu'elle présente plus de peur (à cause de ses signes et modes de transmission) que de mal pour la société si on la compare à d'autres épidémies comme le VIH/SIDA ou le paludisme qui sont d'ailleurs endémiques. Par exemple, le VIH/SIDA avait tué 1,7 millions de personnes en 2000, 2 millions en 2005, 1,3 millions en 2010, 660 mille en 2021 et 630 mille en 2022⁵⁰⁵. En 2021, le paludisme a occasionné 610 mille décès sur 244 millions des cas signalés ; en 2022, il a tué 608 mille personnes sur 249 millions des cas signalés⁵⁰⁶. Bref, il y a d'autres maladies plus meurtrières que la MVE, mais qui ont la particularité de tuer silencieusement leurs porteurs.

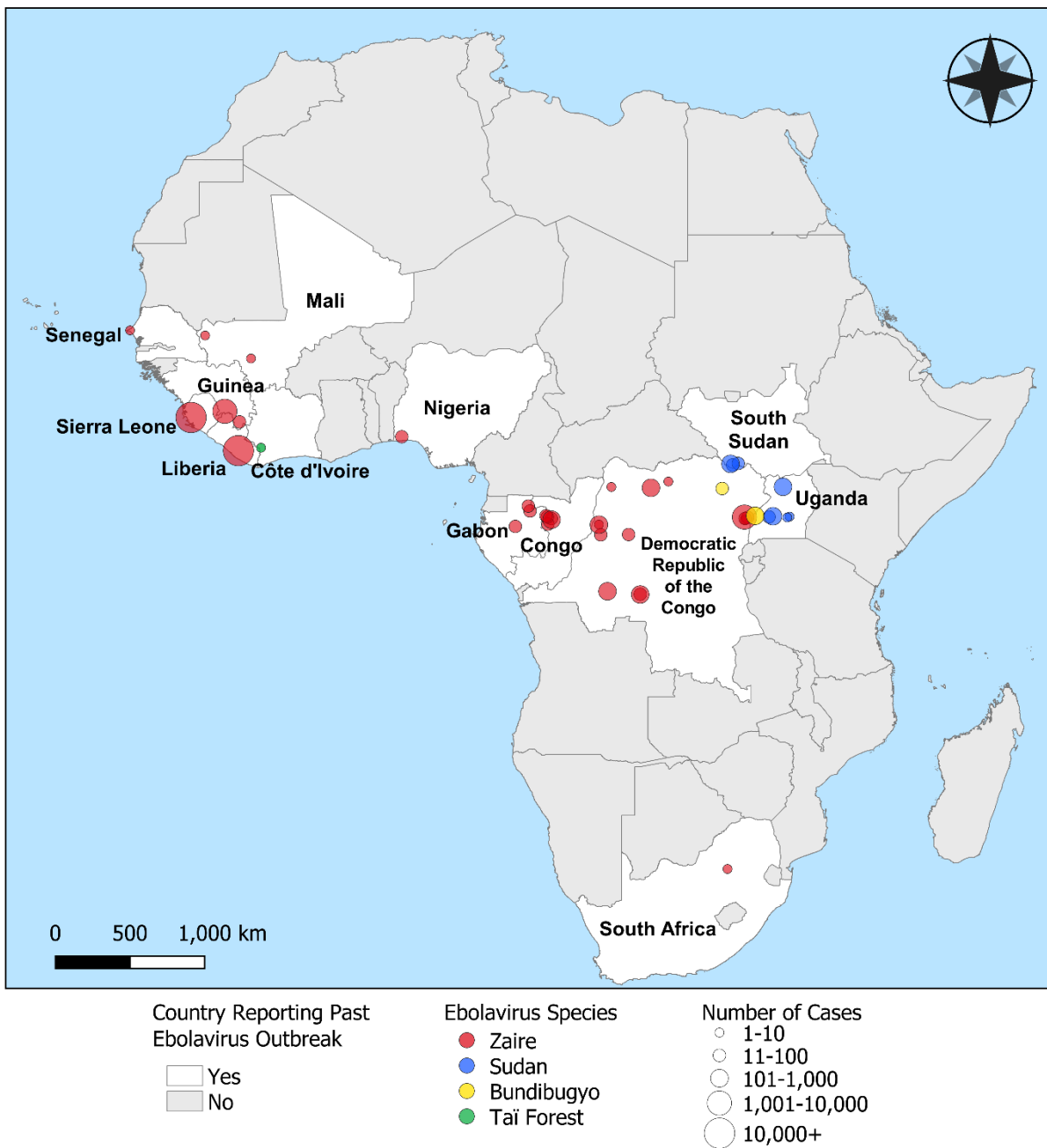
La carte ci-après, permet de visualiser les zones africaines touchées par la MVE.

⁵⁰⁴ Les chiffres peuvent varier selon les sources d'informations. Mais dans l'ensemble, le total est compris entre 15400 et 15900 personnes décédés de l'Ebola depuis sa première apparition en 1976.

⁵⁰⁵ ONUSIDA, « Statistiques mondiales sur le VIH », *Fiche d'information*, 13 juillet 2023, disponible sur https://www.unaids.org/fr/ressources/documents/2023/UNAIDS_FactSheet [consulté le 30/03/2024].

⁵⁰⁶ OMS, *Rapport sur le paludisme dans le monde*, 2023, disponible sur www.who.int/fr/news-room/factsheets/detail/malaria [consulté le 30/03/2024].

Carte N° 3 : La MVE par pays et espèces de virus



Source : Center for disease control and Prevention, Ebola Disease Distribution Map: Cases of Ebola Disease in Africa Since 1976, disponible sur <https://www.cdc.gov/vhf/ebola/history/distribution-map.html> [consulté le 30/03/2024].

En RDC, le dixième épisode est particulier si l'on s'en tient au nombre de morts enregistré et à sa durée. Ce faisant, il convient d'examiner les éléments qui ont déterminé l'évolution de l'organisation de la riposte contre cet épisode.

Chapitre II : Evolution organisationnelle de la riposte contre le dixième épisode de la maladie à virus Ebola

C'est le ministre de la santé de la RDC, à l'époque Oly Ilunga, qui a annoncé, le 1^{er} août 2018, le déclenchement du dixième épisode de la maladie à virus Ebola dans la localité de Mangina⁵⁰⁷. Depuis cette annonce, une gouvernance a été mise en place pour riposter contre cette maladie. En effet, cette gouvernance a connu plusieurs moments caractérisés par des tensions et ou interactions entre les gestionnaires ou prestataires eux-mêmes d'une part, et entre les gestionnaires ou prestataires et les bénéficiaires d'autre part.

II.1. Grands moments dans l'organisation de la riposte

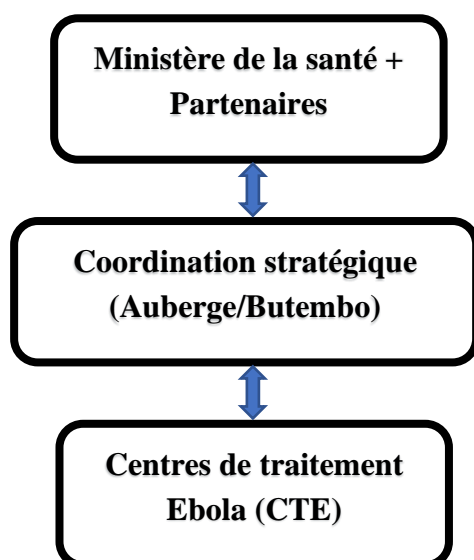
Les enquêtes effectuées sur le terrain ont renseigné que l'organisation de la riposte au dixième épisode de la maladie à virus Ebola a connu plusieurs péripéties qui ont entraîné des réaménagements. Trois principaux réaménagements de cette organisation ont été retenus dans ce travail.

II.1.1. Au début du 10ème épisode d'Ebola

Une organisation comprenant trois principaux niveaux a été mise en place au début de la riposte contre le dixième épidémie d'Ebola comme le démontre ce schéma.

⁵⁰⁷ Matthieu Wieser, 'Dixième épidémie d'Ebola en RDC', *Le Soir* (Paris, 22 August 2018) disponible sur <https://www.lesoir.be/174306/article/2018-08-22/dixieme-epidemie-debola-en-rdc> [consulté le 19 janvier 2023].

Figure N° 6 : Système simplifié de la riposte au début de la MVE



Source : construction à partir des données recueillies en 2020

Ce système est organisé à trois niveaux et de manière quasiment parallèle et concurrente au système classique de la santé en R.D. Congo. Ce faisant, il suscite quelques commentaires.

Primo, le ministère de la santé et ses partenaires ont installé la Coordination de la riposte dans les enceintes de l'hôtel Auberge en ville de Butembo. C'est cette coordination qui était chargée de faire le suivi à Mangina et à Beni où des cas se multipliaient. Pour rappel, Butembo est situé à 54 kilomètres de la ville de Beni, et à 80 km de la commune de Mangina. Dans une contrée insécure et aux routes délabrées, cette distance est quand même longue pour parer à des urgences. Environ trois heures en voiture pour l'aller uniquement.

Secundo, cette figure montre clairement que le ministère de la santé et ses partenaires sont intervenus directement sur le terrain sans impliquer le ministère provincial de la santé et le bureau central de la zone de santé. Pourtant, ces deux niveaux devaient jouer un rôle déterminant au regard de la figure N° 02. Il était donc anormal que le pouvoir central ait essayé au début de la riposte d'exclure les niveaux intermédiaire et périphérique dans la gestion de la riposte contre le dixième épisode de la MVE.

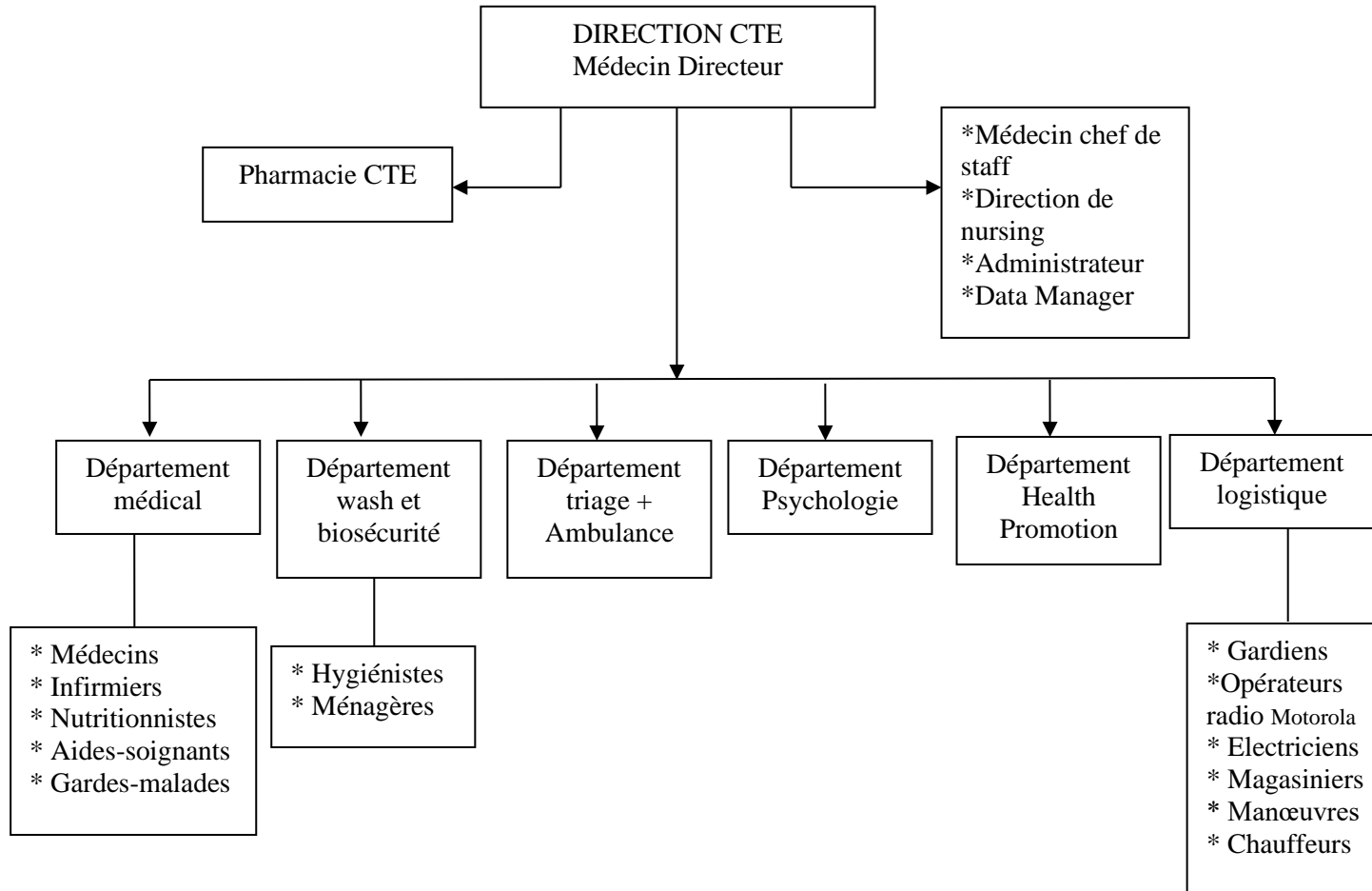
Tertio, la figure n° 6 montre également que les équipes venues de Kinshasa et de l'étranger se souciaient moins de l'implication des agents sanitaires locaux, des relais communautaires (RECO) et du Bureau central de la zone de santé. En fait, elles partaient directement travailler dans les structures sanitaires et au sein de la communauté afin d'y repérer des cas suspects à transférer au Centre de traitement Ebola (CTE). Cette manière de faire a

entraîné des frustrations chez les agents sanitaires qui jouent pourtant un rôle non négligeable dans l'organisation et le fonctionnement du système sanitaire.

Enfin, seule l'autorité politico-administrative locale, c'est-à-dire le Gouverneur de Province, le maire et l'administrateur du territoire, a été mise à contribution pour accompagner les équipes de la riposte. Celles-ci devaient lui rendre des civilités, lui demander un accompagnement sécuritaire et l'appui dans la communication à travers les médias.

Cela étant, voici comment était structuré le CTE, une structure chargée de soigner les cas positifs de la MVE.

Figure 6b : Organigramme du CTE



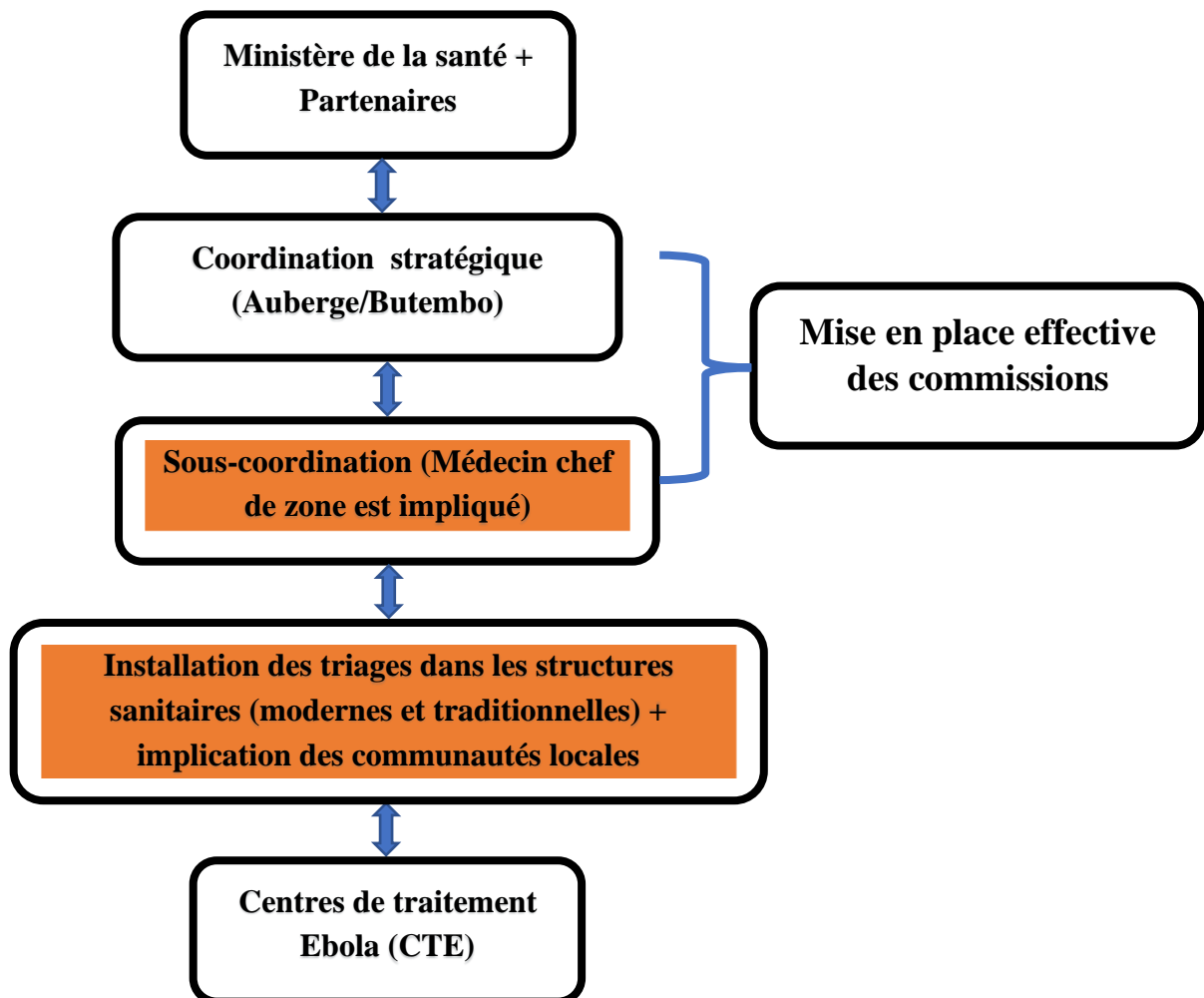
Source : constitution à partir des données récoltées en 2020.

Cette façon d'organiser la riposte (cf. figure N° 6) avait suscité des inquiétudes dont celle consistant pour les autochtones à considérer qu'ils sont sous l'oppression et l'emprise des allochtones. Les réactions soulevées avaient abouti à la première restructuration de la riposte.

II.1.2. A partir de novembre 2018

Cette restructuration a permis d'éliminer certaines failles constatées en intégrant dans l'organisation de la riposte le niveau zonal, les structures et la communauté.

Figure N° 7 : système simplifié de la riposte à partir de novembre 2018



Source : construction à partir des données récoltées en 2020.

Comparativement à la figure N° 6, le niveau zonal a été intégré dans la gouvernance de la riposte notamment avec l’approbation des contrats de la gratuité signés entre les structures et l’EUP/FASS. Les sous-coordinations n’ont été opérationnelles qu’après décembre 2018. La construction des triages a, elle, été généralisée dans les structures sanitaires des zones affectées. C’est également à cette période que la riposte a mis en place le programme de la gratuité des soins dans les hôpitaux sélectionnés. Ce programme avait joué un double rôle dans la gouvernance de la riposte. *Primo*, elle avait servi comme appât aux malades. Elle avait permis de dénicher certains cas contacts qui s’ignoraient ou qui étaient cachés dans la société. *Secundo*, le personnel soignant qui se sentait marginalisé par la riposte avait été associé dans la gestion de ce programme. Il a été bénéficiaire des avantages liés à l’engouement des malades et à la solvabilité des factures. *Tertio*, la présence des unités de triage dans les structures sanitaires avait procuré du travail à certains soignants. Leur salaire était plus élevé que celui des soignants restés en train de travailler dans les structures, et ce jusqu’à la fin de la riposte. La question de la gratuité des soins sera développée plus tard.

Par ailleurs, c’est pendant cette période que le travail de huit commissions⁵⁰⁸ et sous-commission a commencé à être ressenti sur terrain. Il s’agit des commissions⁵⁰⁹ :

1. Surveillance avec des sous-commissions : Recherche-active, suivi des contacts, alertes,...
2. Prise en charge médicale : elle était chargée du suivi et du traitement des cas suspects et cas confirmés dans les centres de transit (C.T.) et de traitement Ebola (C.T.E.).
3. Prise en charge psychosociale : c’est par elle que les malades et leurs familles étaient conscientisés pour éviter des suicides et autres faits malheureux qui pourraient survenir. Son travail de conscientisation était crucial dès l’annonce de la maladie, se poursuivait pendant le séjour dans les CTE et même après la guérison.
4. PCI (Prévention et contrôle des Infections) : elle jouait trois principaux rôles. *Primo*, elle contrôlait les entrées et les sorties en prélevant la température et en disponibilisant des lave-mains. Ce faisant, elle faisait des alertes afin de limiter la chaîne de contamination. *Secundo*, elle décontaminait les ménages, les hôpitaux et d’autres lieux suspects afin de limiter les infections (nosocomiales). *Tertio*, c’est encore la commission

⁵⁰⁸ Chaque commission était dirigée par un point focal qui devait donner le rapport journalier dans la réunion de la sous-coordination qui se tenait chaque matin pour la planification des activités de la journée. La sous-coordination devait remettre son rapport à la coordination stratégique basée dans les enceintes de l’hôtel Auberge de Butembo. À son tour, celle-ci devait envoyer son rapport à la coordination nationale qui a successivement été pilotée par le Ministère de la santé, la Présidence de la République et le Secrétariat technique du comité multisectoriel de lutte contre le dixième épisode d’Ebola.

⁵⁰⁹ Ministère de la santé, ‘Plan national de riposte contre l’épidémie de la maladie à virus Ebola Dans les provinces du Nord Kivu et de l’Ituri. République démocratique du Congo’, 2019.

PCI qui s'occupait des enterrements dignes et sécurisés. Bref, c'est elle qui s'occupait du volet biosécurité de la riposte que l'on appelait *wash*.

5. Vaccination : il fallait vacciner pour couper la chaîne de contamination. Au début, la vaccination se faisait « en ceinture » car le vaccin était insuffisant. Autrement dit, il fallait vacciner les gens qui avaient été en contact direct avec le malade. Ce n'est que plus tard qu'on a commencé à vacciner tout qui le voulait dans l'espoir d'atteindre l'immunité collective.
6. Communication : elle s'occupait de la formation et de la sensibilisation, faisait des dialogues communautaires pour que la population s'approprie la lutte contre la MVE. C'est grâce à elle également que les médias ont été mis à contribution pour relayer les messages de la lutte contre Ebola dans la communauté.
7. Logistique : pour appuyer les autres commissions. C'est elle qui se chargeait de la gestion du charroi automobile, de l'approvisionnement en carburant, de la ration alimentaire, et autres matériels.
8. Sécurité⁵¹⁰ : c'est cette commission qui était chargée d'assurer la sécurité des convois et de différents sites où se déroulaient les activités de la riposte. Des sociétés de gardiennage, des éléments de la Police nationale congolaise et des forces armées (de la RD Congo, les contingents de la MONUSCO) ont été mis à contribution pour cette fin. Même des groupes armés ont été associés à la sécurisation des opérations dans les zones inaccessibles par les forces régulières. Nous y reviendrons.

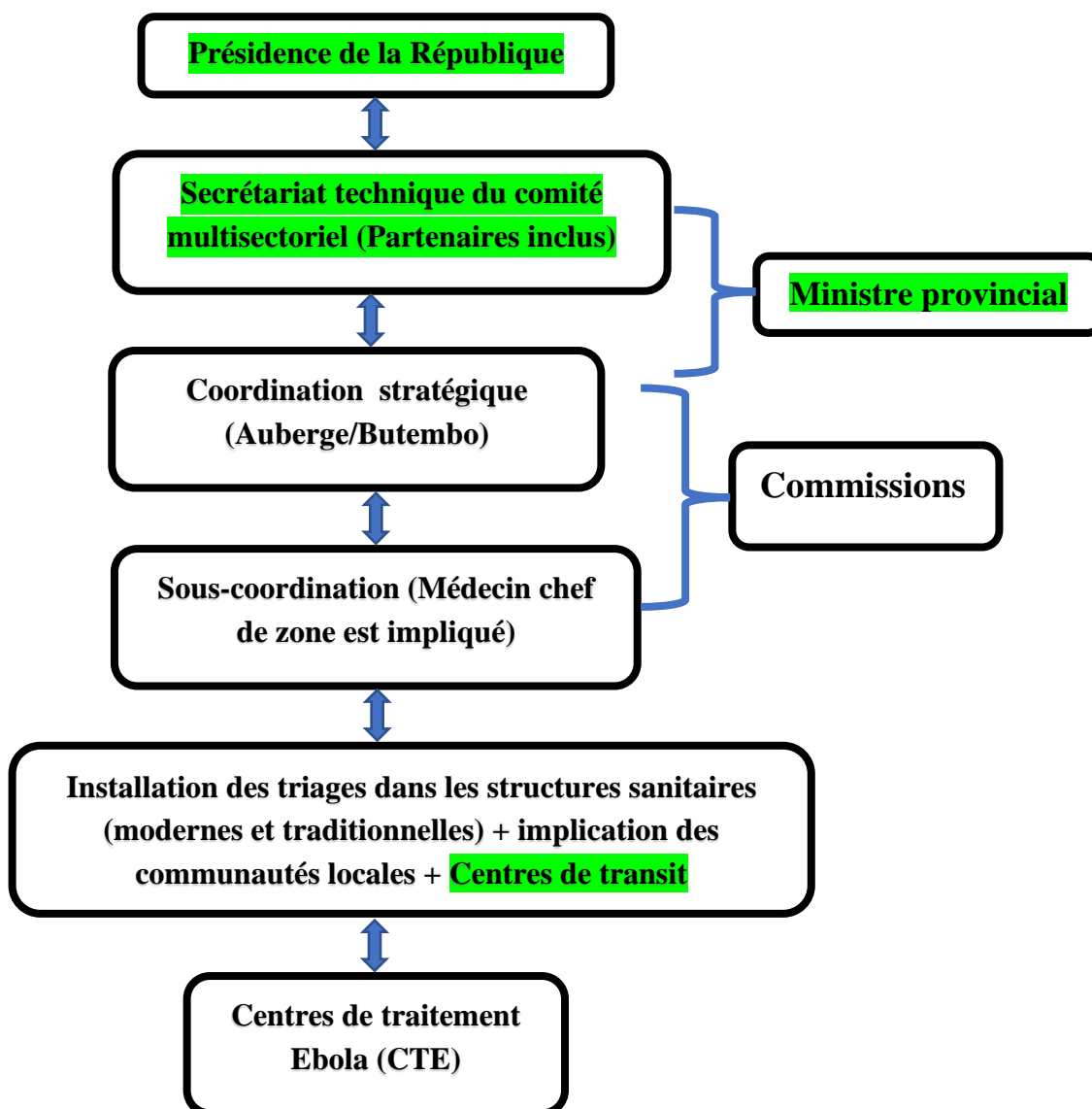
En dépit de ces aménagements, la gouvernance de la lutte contre le dixième épisode de la maladie à virus Ebola a également rencontré des défis d'ordre politique sur son chemin.

II.1.3. Après mars 2019

Le 24 janvier 2019 est une date qui marque la passation de pouvoir entre les Présidents de la République sortant, Joseph Kabila, et entrant, Félix Tshisekedi. Ce changement de régime a eu des conséquences sur la suite de la gouvernance de cet épisode déjà à partir d'avril de la même année. Voici la figure qui en rend compte.

⁵¹⁰ Informations reçues du Bureau central de la zone de santé de Butembo en date du 23 octobre 2020.

Figure N° 8 : Système organisationnel de la riposte après février 2019



Source : Construction à partir des données de terrain récoltées en 2020.

Sur cette figure, cinq faits ont marqué le système de gouvernance de la riposte contre le dixième épisode d’Ebola.

Tout d’abord, c’est l’institution Président de la République qui pilote et gère directement la riposte en vertu d’un Décret du Premier Ministre signé en avril 2019.

Ensuite, un Secrétariat technique du comité multisectoriel est créé, et mis sous la supervision du Président de la République, le 18 mai 2019. Le Professeur Dr Jean-Jacques Muyembe Tamfum est désigné, le 20 juillet 2019, coordonnateur du Secrétariat technique selon un communiqué signé par le Directeur de cabinet du Président de la République. Le paragraphe 4 de ce communiqué assigne une mission précise à l’équipe du coordonnateur, celle « d’assurer

la coordination de l'ensemble des activités de mise en œuvre de la stratégie de riposte à la maladie à virus Ebola »⁵¹¹.

En outre, le Ministère de la santé ne figure plus expressément dans le système organisationnel de la riposte en dépit du fait que le ministre ou son délégué pouvait siéger dans le comité multisectoriel. Devant ce fait, le Ministre Oly Ilunga a décidé, le 22 juillet 2019, de démissionner. Sa lettre de démission dénonce les interférences dans la conduite de la riposte depuis la création du Secrétariat technique⁵¹². C'est dans ce climat de méfiance entre acteurs politiques que le Ministre démissionnaire a été arrêté le 14 septembre 2019. Le 23 mars 2020, il a été condamné par la cour de cassation à cinq ans de travaux forcés pour détournement d'argent destiné à la riposte contre Ebola⁵¹³.

Par ailleurs, le nouveau ministre provincial de la santé est intégré dans le système de gouvernance de la riposte. C'est désormais lui qui publie les informations relatives à l'évolution de la maladie notamment les statistiques de nouveaux cas. Il a été plusieurs fois visible au côté du coordonnateur du comité multisectoriel et ne manquait pas dans des descentes sur le terrain seul ou avec la coordination stratégique. Un membre du cabinet du Ministre nous a fait savoir que c'est grâce à la nouvelle philosophie du Dr Jean-Jacques Muyembe Tamfum que cela a été possible⁵¹⁴.

Enfin, c'est pendant cette période que des centres de transit (décentralisés) additionnels ont été créés dans certaines agglomérations et hôpitaux pour rapprocher les malades des structures de prise en charge. C'est ainsi que les centres de transit (CT) de Kasindi-Lubiriha, Vuhovi, Kyondo, Mukuna, Aloya/Cantine, Kayna, Masereka, etc. ont été ouverts. Grâce à ceux-ci, les malades n'ont plus été directement envoyés aux CTE. Seuls les patients dont les résultats étaient positifs devaient être envoyés aux CTE. D'une manière ou d'une autre, cette stratégie a essayé de baisser les tensions communautaires. Nous y reviendrons.

⁵¹¹ Vital Kamerhe, 'Communiqué Officiel En Rapport Avec l'épidémie de La Maladie à Virus Ebola à l'est de La République Démocratique Du Congo' (Cabinet du Président de la République, 2019).

⁵¹² Oly Ilunga, Lettre de démission N° 120/CAB/MIN/S/0858/JSK/JKI/TJI/2019 du 22 juillet 2019 adressée au président de la République Démocratique du Congo.

⁵¹³ Marie-France Cros, 'RDC : l'ex-Ministre Oly Ilunga condamné à 5 ans de prison', *La Libre Belgique*, 23 March 2020 <http://www.lalibre.be/international/afrique> [consulté le 30 janvier 2023].

⁵¹⁴ Entretien effectué en janvier 2020.

II.2. Les intervenants dans la gouvernance de la riposte contre la dixième épidémie d’Ebola

La riposte contre la dixième épidémie d’Ebola a fait intervenir une myriade d’acteurs aux légitimités et intérêts différents, voire contradictoires situés à différents niveaux.

En 2020 pendant que la riposte était en cours, nous avons recensé, sans être exhaustif, plus de 53 entités ou groupes qui sont intervenus dans la riposte contre le dixième épisode de la maladie à virus Ebola. Le tableau ci-après énumère les principaux acteurs et le rôle que chacun d’entre eux a joué en exclusivité ou en partage avec les autres.

Tableau 04 : Intervenants et rôle dans la gouvernance de la riposte contre la 10^{ème} MVE en RDC

<i>N°</i>	<i>Nature des acteurs</i>	<i>Acteurs</i>	<i>Rôles</i>
1.	Programmes et Composantes étatiques	1. PDSS	Exécutant de la gratuité des soins + construction des unités de triage
		2. Bureaux Centraux des zones de santé	Coordination locale
		3. EUP/FASS	Caissier de la gratuité des soins
		4. PRODS	
		5. Ministère de la Santé	Coordination
		6. Présidence de la République	Coordination
		7. Secrétariat technique du Comité multisectoriel de lutte contre la MVE	Coordination
		8. Service de la protection civile du Nord-Kivu	Enterrement digne et sécurisé + décontamination
		9. Entités locales (Province, territoires, villes, communes, quartiers, cellules,...)	Sensibilisation + sécurité
		10. RTNC	Communication et sensibilisation
2.	Structures sanitaires	1. Officielles	Administration des soins + gratuité des soins
		2. Privées	Administration des soins + gratuité des soins
		3. Communautaires	Administration des soins + gratuité des soins
		4. Confessionnelles	Administration des soins + gratuité des soins
3.	Organismes communautaires	1. Relais communautaires (RECO)	Sensibilisation
		2. Cellules d'animation communautaire (CAC)	Sensibilisation
		3. Coordinations de la société civile	Sensibilisation
		4. Médias (Radios et télévisions)	Communication et sensibilisation
		5. Croix rouge de la RDC	Construction triage + dotation en EPI + EDS
4.	Organisations intergouvernementales ou organismes spécialisés de l'ONU/UA	1. OMS	Coordination technique + Gestion des CTE + dotation en EPI + construction et financement des triages

		2. UNICEF	Communication des risques et engagement communautaire + Suivi et prise en charge matériels pour enfants cas suspects et confirmés + appui pour adduction d'eau et construction latrines et douches + accompagnement psychosocial
		3. MONUSCO	Renseignement / sécurité
		4. PAM	Fourniture des aliments aux guéris, aux personnes en observation et au personnel de la riposte
		5. <i>Africa</i> CDC	Dotation en EPI
		6. GOARN	Financement
		7. OIM	Gestion des points d'entrée et de sortie (PCI)
		8. UNFPA	Suivi des femmes enceintes atteintes d'Ebola
		9. OCHA	Suivi des questions humanitaires
5.	ONG internationales	1. IRC	Prise en charge après sortie du CTE (suivi) + Gestion des unités de triage + dotation en EPI
		2. <i>Mercy Corps</i>	Gestion des unités de Triage + appui adduction d'eau
		3. CICR	Enterrement digne et sécurisé + dotation en EPI + construction des unités de triage
		4. IMC	Prise en charge CT (cas suspects) + formation en PCI + fourniture des EPI
		5. OXFAM	Matériels hygiéniques (wash) + adduction d'eau + gestion des déchets
		6. <i>Save the Children</i>	Logistique (kit de sortie des CTE et CT) + intrants en PCI
		7. ALIMA	Construction et gestion des CT, responsable biosécurité (wash)
		8. MSF/Belgique	Prise en charge, gestion et administration des soins dans les CTE et CT + gratuité des soins (ex. CSR Aloya) + paiement des RECO
		9. MSF/France	Prise en charge CTE + construction et financement des unités de triage et d'isolement

		10. MEDAIR	Suivi des activités après riposte
		11. International Care	Volet <i>wash</i>
		12. REMEDE	Appui aux cellules d'animation communautaire et aux médias
		13. Radion Okapi	Communication
6.	ONG nationales	1. CEPROSSAN	Hygiène (kits lave-mains + installations eaux)
		2. CAUB	Adduction d'eau potable
		3. Croix Rouge de la RDC	Enterrement digne et sécurisé + construction unités de triage
7.	Acteurs monétaires :	1. TMB	Banque payeuse
		2. Banque Mondiale	Bailleur de fonds de la riposte et gratuité des soins
		3. FBNBank	Banque payeuse
8.	Secteur pharmaceutique :	1. ASRAMES	Fournisseur des médicaments aux structures
9.	Acteurs militaires	1. Police Nationale Congolaise (PNC) 2. Forces armées de la République Démocratique du Congo (FARDC) 3. Casques bleus	Sécurité des équipes et sites de la riposte
10.	Confessions religieuses	1. Eglise Catholique	Sensibilisation
		2. Eglises du Christ au Congo (CBCA, CECA20, CBCE, Anglicane, etc.)	Sensibilisation
		3. Eglises de Réveil	Sensibilisation
		4. Eglises indépendantes (EERA,...)	Sensibilisation
		5. Islam	Sensibilisation
11.	Etats	Allemagne, Canada, Irlande, Danemark, Luxembourg, Norvège, Corée du sud, Suisse, suède	Financement

Source : Construction à partir des données recueillies en 2020-2021 auprès des responsables sanitaires.

Ce tableau montre que la riposte a travaillé avec une multitude d'organismes tant privés que publics, nationaux qu'internationaux. La logique ou la philosophie de cette stratégie était de travailler dans la complémentarité chacun selon son domaine d'intervention ou sa spécialité en vue d'endiguer au plus vite la maladie à virus Ebola.

Néanmoins, cette approche n'est pas restée sans inconvénients dans la communauté locale. Par exemple, les informateurs de cette étude ne savent pas de manière claire qui coordonnait cette riposte. Ils sont fortement clivés quant à ce comme les tableaux 5, 6 et 7 ci-après le démontrent.

Tableau 05 : Coordonnateur général de la riposte

Couches informatrices	Communautés	Soignants	Total	Pourcentage
Coordonnateur général				
Etat congolais et OMS	73	72	145	39,0
Sais pas (car confusion)	65	32	97	26,1
OMS	30	29	59	15,9
Etat congolais	26	21	47	12,6
MSF	3	5	8	2,2
Gouvernement provincial	1	2	3	0,8
Médecin chef de zone	3	0	3	0,8
Autorités locales	1	2	3	0,8
Etat congolais et organismes étrangers	2	0	2	0,5
Dr Jean-Jacques Muyembe	0	2	2	0,5
Division provinciale de la santé	1	0	1	0,3
Solidarité collective des acteurs	1	0	1	0,3
Grandes multinationales et banques	1	0	1	0,3
Total	207	165	372	100
Pourcentage	55,6	44,4	100	

Source : Construction à partir des données empiriques récoltées en 2022.

Le tableau 5 montre clairement que les populations locales sont confuses et ne savent pas avec précision qui entre le gouvernement congolais et l'OMS a coordonné cette riposte. En fait, tous les textes (conventions, règlements ou lois) reconnaissent aux Etats la responsabilité d'assurer la coordination. Pourtant, ce tableau fait plutôt pencher la balance vers l'OMS si l'on compare les pourcentages des lignes OMS (15,9%) et Etat congolais (12,6%). La confusion est encore plus marquée si l'on totalise à ces lignes celle qui les confond précisément. Car, si on divise 39 par 2, on a 19,5 à ajouter à 15,9 d'un côté et à 12,6 de l'autre. Et c'est, bien entendu, encore l'OMS qui l'emporte dans l'opinion des personnes interrogées. La modalité « je ne sais pas » est d'ailleurs très significative. Elle se justifie par la confusion due à la multiplicité des parties prenantes à la riposte. Lors de notre pré-enquête, une question concernant les noms des individus qui coordonnaient la riposte a été la plus difficile. C'est pourquoi, elle

a été élaguée du questionnaire d'enquête. En fait, si l'on ne connaît pas quel organisme a coordonné la riposte, à plus forte raison il est plus difficile de savoir qui individuellement assurait cette coordination surtout avec toutes les péripéties énumérées dans la première section.

La situation est tout autre concernant le coordonnateur de cette riposte au niveau local comme le montre le tableau ci-après :

Tableau 06 : Coordonnateur local de la riposte

Couches informatrices	Communautés	Soignants	Total	Pourcentage
Coordonnateur local				
Médecin chef de zone et OMS	81	52	133	37,7
Médecin chef de zone	37	44	81	22,9
OMS	21	21	42	11,9
Autorités locales	20	15	35	9,9
Sais pas (car confusion)	16	8	24	6,8
Gouvernement provincial	10	7	17	4,8
MSF	7	9	16	4,5
Médecin chef de zone et autorités locales	1	0	1	0,3
Kinshasa faisait coordination	1	0	1	0,3
Solidarité de tous les acteurs	1	0	1	0,3
Dr Jean-Jacques Muyembe	1	0	1	0,3
CICR	0	1	1	0,3
Total	196	157	353	100
Pourcentage	55,5	44,5	100	

Source : Construction à partir des données empiriques récoltées en 2022.

Ce tableau 06 montre que la coordination au niveau local est plus reconnue aux acteurs intraétatiques qu'aux acteurs internationaux. La grande majorité reconnaît que ce sont les médecins chefs de zone qui faisaient la coordination même si la main de l'OMS, voire du MSF, est toujours reconnue de manière non négligeable. L'importance de la modalité « je ne sais pas », qui se justifie par la confusion due à la multiplicité d'acteurs, a sensiblement diminué concernant la coordination locale.

La réalité présentée dans les tableaux 05 et 06 révèle une constante tout de même : la coordination de la riposte contre le dixième épisode d'Ebola a été l'œuvre concomitante de l'Etat congolais et de l'OMS. Certes, la balance penche du côté des acteurs internationaux (OMS et autres organismes) quant à la coordination générale et du côté des acteurs intraétatiques quant à la coordination opérationnelle de cette riposte.

Toutefois, une nuance mérite d'être soulignée. Dans la pratique, c'est l'OMS qui concevait le gros des activités dont elle devait se rassurer de l'exécution sur terrain. C'est pourquoi elle était au four et au moulin. Elle était également une référence pour les autres

organismes internationaux présents. Le gouvernement congolais et ses services ou entités à la base, qui étaient pourtant censés coordonner la riposte, n'étaient pré-séants que sur le plan protocolaire⁵¹⁵ ou administratif. Par exemple, le Ministre de la santé ou le coordonnateur du comité multisectoriel de la riposte ou encore le Médecin chef de zone n'avait pas assez d'emprise sur la gestion des fonds décaissés à cette cause par les institutions de *Bretton Woods*. L'organisation était d'ailleurs beaucoup plus complexe au niveau des sous-coordinations. Par exemple, le Médecin chef de zone codirigeait la sous-coordination avec un représentant de l'OMS et un autre du Ministère de la santé⁵¹⁶. Mais concrètement, les données recueillies sur le terrain renseignent que les Médecins chefs des zones de santé ne connaissaient pas grand-chose de la gestion des fonds disponibles⁵¹⁷. Cette situation peut s'expliquer par deux faits. D'une part, le gros du fonds alloué à la riposte était mobilisé par la communauté internationale. D'autre part, le Gouvernement central avait déployé ses propres agents en provenance de Kinshasa.

En dépit d'un certain flou sur l'organisme qui coordonnait la riposte du fait de la multiplicité d'acteurs, les informateurs sont en grande majorité d'accord avec le déploiement de plusieurs organismes.

Tableau 07 : Opinions des informateurs sur la multiplicité d'acteurs

Couches informatrices Multiplicité d'acteurs	Communautés	Soignants	Vainqueurs	Total	Pourcentage
Bonne stratégie	(52%) 104	(49,7%) 78	(72,5%) 29	211	53,1
Bonne et mauvaise stratégies	47	51	9	107	27,0
Mauvaise stratégie	(24,5%) 49	(17,8%) 28	(5%) 2	79	19,9
Total	200	157	40	397	100
Pourcentage	50,4	39,5	10,1	100	

Source : Construction à partir des données empiriques récoltées en 2022.

Ceux qui estiment que la multiplicité d'acteurs a été une bonne stratégie dans la lutte contre le dixième épisode d'Ebola sont plus nombreux que ceux qui estiment qu'elle était une mauvaise stratégie.

Par ailleurs, au regard des pourcentages mis entre parenthèses dans ce tableau, les « vainqueurs » sont plus favorables à la stratégie de la multiplicité d'acteurs de la riposte que les communautés locales et le personnel soignant. Cela pourrait s'expliquer beaucoup plus par le service dont ils ont été bénéficiaires de la part de ces équipes. Par ailleurs, c'est au sein des

⁵¹⁵ Ceci ressort des entretiens avec les responsables des structures sanitaires et des zones de santé effectués en 2020.

⁵¹⁶ Ces propos ont été recueillies des entretiens réalisés en 2020 pendant que la riposte prenait fin.

⁵¹⁷ *Idem*.

communautés locales qu'il y a plus d'opinions défavorables vis-à-vis de la multiplicité d'intervenants.

Les principales raisons justificatives de ces différentes opinions sont étayées dans le tableau suivant :

Tableau 08 : Principales justifications des opinions sur la multiplicité d'acteurs par couche d'informateurs

Opinions sur multiplicité d'acteurs	Informateurs	Communautés	Soignants	Vainqueurs	Total	Pourcentage
Bonne	Justification des opinions					
	Travail en synergie selon la spécialité pour plus d'efficacité et soins de qualité	43	25	16	84	42,9
	Intervention/Éradication facile et rapide d'Ebola	24	16	6	46	23,5
	Mobilisation et appuis financier, humain et matériel	16	15		31	15,8
	Guérison et prévention d'Ebola	16	6		22	11,2
	Problème de santé nécessite solidarité internationale	8	0		8	4,1
	Amélioration prise en charge par la création des commissions	0	0	5	5	2,6
				196	100,0	
Mauvaise	Business, gaspillage et partage des sous entre allochtones	21	5		26	53,1
	OMS et deux autres organismes suffiraient	8	0		8	16,3
	Inefficacité et conflits d'intérêts	0	5		5	10,2
	Confusion d'activités et logiques de travail différentes	0	3		3	6,1
	Les autochtones pouvaient réaliser ce travail seuls	3	0		3	6,1
	Inquiétude d'être soignés par allochtones et Soupçons d'un agenda caché sur Ebola	0	0	4	4	8,2
				49	100	
Bonne et mauvaise à la fois	1. Bon côté					
	Guérir et prévenir maladie	8	0		8	10,8
	Appuis de tous ordres	0	7		7	9,5
	Éradication facile et rapide d'Ebola	0	4		4	5,4
	Synergie selon spécialité pour plus d'efficacité	6	3		9	12,2
	2. Mauvais côté					

Business, gaspillage et partage des sous entre allochtones	19	0		19	25,7
Inefficacité, conflit d'intérêt et confusion activités	0	7		7	9,5
Légèreté dans le recrutement (équipes avec profanes)	0	5		5	6,8
Médecins mal intentionnés et complot international	5	0		5	6,8
Equipes avec orgueil, moins d'écoute	0	4		4	5,4
Main-d'œuvre allochtones aux dépens des autochtones	0	3		3	4,1
Manque de transparence et de collaboration	0	3		3	4,1
				74	100

Source : Construction à partir des données empiriques récoltées en 2022.

Les raisons qui justifient les différentes positions énoncées dans le tableau 07 et 08 font ressortir deux constantes concernant les opinions défavorables à la multiplicité d'intervenants.

La première est liée à ce qu'on a appelé *Ebola business*. Cette expression renvoie à la course à l'argent mobilisé par la riposte soit pour consolider ou accroître le salaire des agents, soit pour accéder à la riposte afin de jouir également de cet argent peu importe la vie des habitants ou des malades. Elle renvoie également à la multiplicité de dépenses par lesquelles les agents s'enrichiraient frauduleusement. C'est ce qui justifie le vocable gaspillage d'argent. C'est comme qui dirait « le gouvernement prend son peuple en otage, l'affame, inonde le monde de photos terribles et réclame de l'argent »⁵¹⁸.

La seconde constante est liée à l'origine et à la qualité de la main-d'œuvre qui animait ces organisations. Cette main-d'œuvre était allochtone et son recrutement semble avoir été complaisant en ce sens qu'elle était composée aussi des profanes alors que c'est de l'expertise qui était attendue d'elle⁵¹⁹.

Ces deux constantes se recourent par la quête d'argent. En effet, les autochtones n'auraient pas vu d'un bon œil les allochtones qui avaient bénéficié des colossales sommes d'argent alors que ceux-là en voulaient aussi.

Il faut alors aborder la manière dont les équipes de la riposte ont été accueillies ainsi que ce que les populations locales attendaient d'elles.

⁵¹⁸ André Glucksmann and Thierry Wolton, *Silence, on Tue* (Paris: B. Grasset, 1986).

⁵¹⁹ Propos recueillis du terrain, 2020.

Chapitre III : Accueil et attentes communautaires vis-à-vis de la riposte contre le dixième épisode de la maladie à virus Ebola

La suite de la gouvernance de la riposte contre cet épisode a été aussi tributaire de la manière dont la maladie et les équipes de la riposte ont été accueillies, et de la manière dont celles-ci ont travaillé sur les attentes des populations affectées.

III.1. Annonce de la maladie et arrivée des équipes de la riposte

Le dixième épisode de la maladie à virus Ebola a été déclaré le 1^{er} août 2018, soit 7 jours seulement après la déclaration de la fin du neuvième épisode qui a sévi dans le nord-ouest du pays.

C'est la première fois que cette maladie apparaît dans la province du Nord-Kivu. Son annonce a suscité des sentiments réactifs différents.

III.1.1. Annonce de la maladie

Les sentiments réactifs à l'annonce du dixième épisode d'Ebola vont dans quatre sens différents.

Tableau 09 : Sentiments ressentis lors de l'annonce d'Ebola

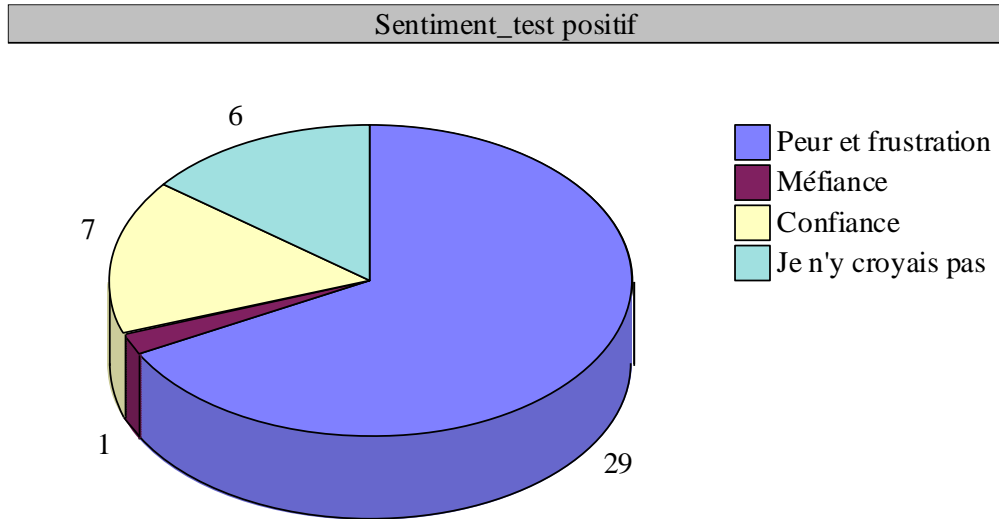
Couches interrogées \ Sentiment annonce	Soignants	Vainqueurs	Communautés	Total	Pourcentage
Peur et frustration	151	32	177	360	87,6
Méfiance/Indifférence	5	3	15	23	5,6
Confiance/sérénité	8	1	10	19	4,6
Ça ne me concernait pas	0	7	2	9	2,2
Total	164	43	204	411	100
Pourcentage	39,9	10,5	49,6	100	

Source : Construction à partir des données empiriques récoltées en 2022.

Ce tableau montre clairement que les informateurs issus de ces trois couches de la population ont eu peur et ont été frustrés par l'annonce du déclenchement du dixième épisode de la maladie à virus Ebola. Bien que l'écart est moins significatif, cette peur et frustration est plus importante chez les soignants ($151/164 = 92\%$) que chez les membres de la communauté ($177/204=87\%$) et les « vainqueurs » ($32/43=74,4\%$). La dangerosité, la contagiosité et la mortalité élevées ainsi que la mauvaise réputation d'Ebola (242) et le fait que c'est pour la première fois que la MVE est apparue dans la région constituent les principales raisons explicatives de cette peur.

Le même sentiment a caractérisé les « vainqueurs » d’Ebola lorsqu’il leur a été annoncé qu’ils étaient positifs à Ebola.

Graphique 1 : Sentiments après la déclaration de l’état de maladie



Ebola a tué beaucoup de gens dans d’autres pays et dans certaines provinces de la RDC. Par exemple, en 1976, Ebola a tué 431 personnes en RDC et au Soudan ; en 2007, il a tué 37 personnes en Ouganda ; en 2017, 4 décès ont été enregistrés⁵²⁰. Le plus meurtrier épisode de l’histoire d’Ebola qui avait sévi de 2014 à 2016 a coûté la vie à 11 323 personnes sur les 28 646 cas signalés en Guinée, au Libéria et en Sierra Léone⁵²¹. Cette situation de décès massif constitue la raison primordiale de cette peur et frustration. Les malades voyaient la mort, la guérison étant une exception.

C’est dans ce climat de peur que les équipes de la riposte ont été accueillies dans la région de Beni-Butembo qui était à son premier épisode d’Ebola.

III.1.2. Accueil des équipes de la riposte par les populations locales

Trois opinions sont ressorties concernant l’accueil des équipes de la riposte dans la région de Beni-Butembo. Le tableau ci-après en rend compte.

⁵²⁰ Caroline Bui, ‘Ebola : Origines et Circonstances Des Epidémies, Physiopathologie de La Maladie et Perspectives de Traitements En Cours de Développement.’ (Université Caen Normandie, 2017), pp. 7 & 11, disponible sur <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01939624> [consulté le 3 août 2023].

⁵²¹ WHO, ‘Ebola Data and Statistics’, 11 May 2016, disponible sur <https://apps.who.int/gho/data/view ebola-summary-latest?lang=en> [consulté le 3 août 2023].

Tableau 10 : Opinions sur l'arrivée des équipes de la riposte

Opinions sur arrivée des équipes	Informateurs Communautés	Vainqueurs	Total	Pourcentage
Favorable	(63,5%) 129	(72,1%) 31	160	65,1
Défavorable	(22,2%) 45	(18,6) 8	53	21,5
Réservé(e)	(14,3%) 29	(9,3%) 4	33	13,4
Total	(100%) 203	(100%) 43	246	100
Pourcentage	82,5	17,5	100	

Source : Compilation des données empiriques récoltées en 2022.

S'il est vrai que les opinions étaient favorables à l'arrivée des équipes de la riposte dans la région, cette assertion pèse beaucoup plus chez les « vainqueurs » qu'au sein des communautés. A l'inverse, les opinions défavorables et réservées étaient beaucoup plus importantes au sein des communautés que chez les « vainqueurs ». Il sied de mentionner que la réaction des « vainqueurs » est recueillie après leur guérison et ne reflète, peut-être, pas leur réaction au début de l'épidémie quand ils n'étaient pas encore malades.

Les raisons qui justifiaient ces différentes opinions sont exposées dans le tableau ci-après.

Tableau 11 : Principales justifications des opinions sur l'arrivée des équipes de la riposte

Opinions sur arrivée des équipes	Informateurs	Communautés	Vainqueurs	Total
	Justification des opinions			
Favorables	Sauver des vies, éradiquer Ebola, partage d'expérience	80	26	106
	Aider à sensibiliser les habitants	10	0	10
	Appuyer la RDC dépourvue des finances	7	2	9
	Formation sur la PCI		2	2
	Autres opinions		3	3
	Solidarité/implication de tous		2	2
Défavorables (et réservées)	Ebola business (beaucoup d'argent et commercialisation de la santé)	10		10
	Ne croyais pas à Ebola (surtout au début c'était comme une blague)	0	6	6
	Organismes étrangers et les chefs étaient des étrangers	4	2	6
	Modes opératoires inconnus et mauvaise stratégie de travail	2	2	4
	Main-d'œuvre étrangère et allochtone	4		4
	Manque de sensibilisation pour l'arrivée des équipes	3		3
	Arrivée des étrangers a annoncé multiplicité de décès	5		5
	Autres raisons		2	2

Source : Compilation des données empiriques récoltées en 2022.

D'une manière globale, les enquêtés étaient d'accord avec l'arrivée des équipes de la riposte dans l'espoir de les voir éradiquer le dixième épisode de la maladie à virus Ebola. Pour y arriver, la sensibilisation et l'appui de tous ordres (financiers, matériels, techniques, etc.) étaient attendus de ces équipes. Nous y reviendrons dans la section suivante. Les informateurs qui n'étaient pas d'accord avec l'arrivée des équipes de la riposte ont également leurs raisons. Au sein des communautés, la première raison du scepticisme est l'Ebola *business* remarqué chez ces équipes dès leur atterrissage. Par contre, chez les « vainqueurs », la première raison est de n'avoir pas cru à l'existence d'Ebola qu'ils considéraient comme une fantaisie. Beaucoup parmi les « vainqueurs » étaient des résistants aux équipes avant de tomber malades. C'est seulement après avoir attrapé la maladie qu'ils y ont cru. La deuxième raison majeure aussi bien auprès des communautés qu'auprès des « vainqueurs » dans le camp des sceptiques c'est la composition des équipes qui étaient constituées d'étrangers.

Cette question doit être approfondie dans la section sur les attentes de la population vis-à-vis de ces équipes qui venaient d'être déployées.

III.2. Attentes

Les données du tableau 10 montrent que la population a accueilli favorablement l'arrivée des équipes de la riposte dans la région de Beni-Butembo. Les thèmes repris dans le tableau ci-après en constituent le *leitmotiv* principal.

Tableau 12 : Attentes vis-à-vis des équipes de la riposte

Attentes	Communautés	Pourcentage	Soignants	Pourcentage	Total	Pourcentage total
Eradication d'Ebola (dans un bref délai) et bonne prise en charge des cas	122	49,4	85	47,2	207	48,5
Eduquer et sensibiliser sur mesures barrières et travail de riposte	40	16,2	22	12,2	62	14,5
Impliquer/Associer/communiquer avec tous acteurs (soignants et communautés)	14	5,7	23	12,8	37	8,7
Capacitation / formation des agents locaux et dotation en EPI	12	4,9	19	10,6	31	7,3
Appuis matériels, humains, techniques, etc.	10	4,0	6	3,3	16	3,7
Je n'attendais rien d'elles	8	3,2	2	1,1	10	2,3
Donner du travail aux autochtones qualifiés dont RECO	8	3,2	6	3,3	14	3,3
Respect de la dignité humaine et de la culture locale	6	2,4	0	0,0	6	1,4
Autres (confinement Mangina, travail bénévole, bonne éthique...)	6	2,4	5	2,8	11	2,6
Sont venus se faire de l'argent	4	1,6	0	0,0	4	0,9
Partager leurs expériences de travail dans le domaine médical	4	1,6	2	1,1	6	1,4
Travail dans la quiétude (sans forcing et intimidations)	3	1,2	0	0,0	3	0,7
Dire la vérité sur l'origine d'Ebola	3	1,2	0	0,0	3	0,7
Expérimentation du vaccin	3	1,2	0	0,0	3	0,7
Perpétuer la souffrance de la population	2	0,8	0	0,0	2	0,5
Accompagnement psychologique de la communauté	2	0,8	2	1,1	4	0,9
Honnêteté et humilité dans le travail (éviter impressionnisme)	0	0,0	6	3,3	6	1,4
Définition des signes cliniques	0	0,0	2	1,1	2	0,5
	247	100,0	180	100,0	427	100,0

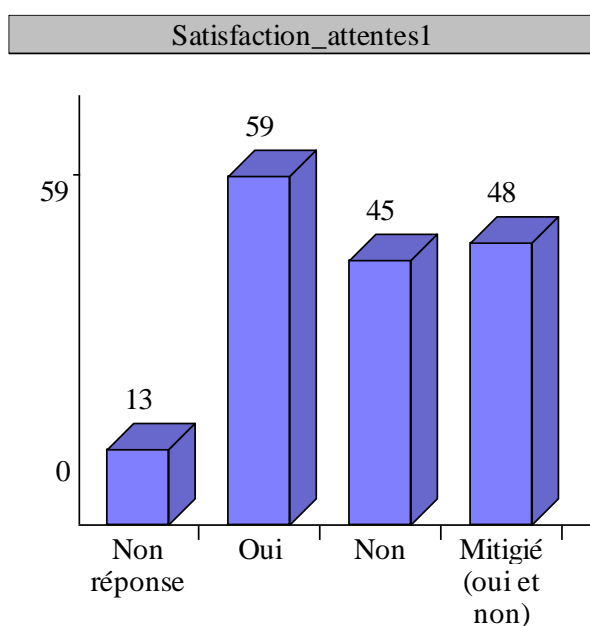
Source : Compilation des données empiriques récoltées en 2022.

Ces attentes sont bel et bien en harmonie avec la mission que s'était assignée la gouvernance mise en place pour lutter contre le dixième épisode de la maladie à virus Ebola.

Elles peuvent toutefois être classées en quatre catégories. La première catégorie concerne l'objectif primaire de la riposte. C'est ce qui justifie la primauté de la modalité « Eradication d'Ebola (dans un bref délai) » sur les autres. La deuxième catégorie d'attentes est celle relative aux moyens ou voies à emprunter pour atteindre les objectifs. C'est le cas par exemple des modalités ci-après : « Bonne prise en charge des cas », « Eduquer et sensibiliser sur les mesures barrières et le travail de riposte », « Capacitation / formation des agents locaux et dotation en EPI », « Appuis matériels, humains, techniques, etc. », et « Partager leurs expériences de travail dans le domaine médical ». La troisième catégorie d'attentes est constituée des garanties pour le succès de la riposte. C'est par exemple le cas des assertions : « Impliquer/Associer/communiquer avec tous les acteurs », « Donner du travail aux autochtones », « Respect de la dignité humaine et de la culture locale », « Dire la vérité sur l'origine d'Ebola », et « Honnêteté et humilité dans le travail (éviter impressionnisme) ». Leur non prise en compte pouvait susciter des inquiétudes qui menaceraient la réussite de la riposte. Ceci se manifestait soit par le désengagement, une sorte de repli, soit par un engagement pour ou contre les activités de la riposte. Enfin, la quatrième catégorie d'attentes est celle relative à l'art de guérir. Il s'agit des assertions ou modalités ci-après : « Expérimentation du vaccin » et « Définition des signes cliniques ».

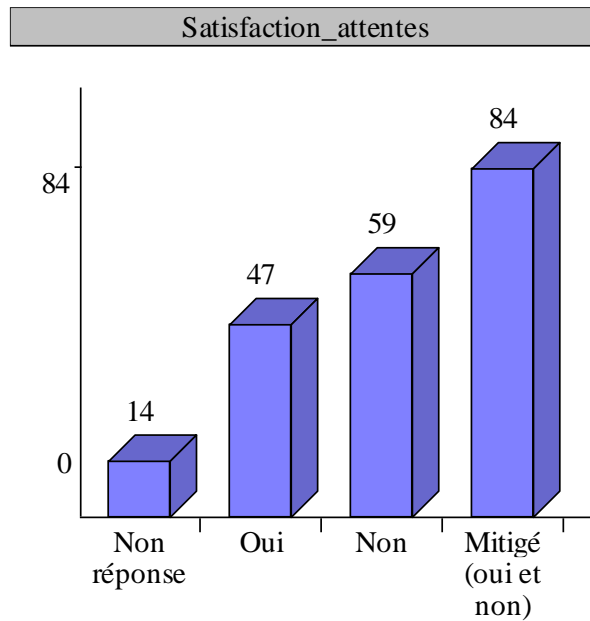
L'appréciation de ces attentes est à exploiter sur les deux graphiques suivants.

Graphique 2 : Niveau de satisfaction des attentes par les soignants



La différence avec la répartition de référence est très significative. $\chi^2 = 28,43$, ddl = 3, 1-p = >99,99%.

Graphique 3 : Niveau de satisfaction des attentes par les communautés



La différence avec la répartition de référence est très significative. $\chi^2 = 49,76$, ddl = 3, $1-p > 99,99\%$.

Le graphique 2 montre que la majorité de soignants est satisfaite car elle estime que les attentes ont été rencontrées. Par contre, le graphique 3 montre que la majorité de membres de la communauté est d'avis que les attentes énoncées au tableau 12 ont été déçues. D'ailleurs, en présentant les données de ces deux graphiques dans un tableau croisé, l'on se rend compte que l'écart entre le niveau de satisfaction et celui d'insatisfaction est non significatif (106 et 104 sur 369 observations).

Tableau 13 : Informateurs et satisfaction des attentes

Satisfaction attentes \ Informateurs	Communautés	Soignants	Total	Pourcentage
Non réponse	14	13	27	7,3
Oui	(23%) 47	(35,7%) 59	106	28,7
Non	(29%) 59	(27,3%) 45	104	28,2
Mitigé (oui et non)	84	48	132	35,8
Total	204	165	369	100
Pourcentage	55,3	44,7	100	

Source : compilation des données récoltées en 2020.

Dans l'ensemble, ces chiffres montrent que les populations locales étaient partagées presque à égalité entre celles qui pensaient que les attentes étaient satisfaites et celles qui estimaient que leurs attentes étaient déçues. Cependant, la satisfaction est plus importante chez

les soignants que dans les communautés. En d'autres termes, l'insatisfaction est plus grande dans les communautés que chez les soignants. Par ailleurs, la modalité « mitigé (oui et non à la fois) » est constituée des gens qui étaient indécis ou hésitants. Ça veut dire qu'ils pouvaient dire à un moment donné que la riposte est en train de remplir sa mission et à un autre estimer que cette mission a été déviée.

Les explications qui sous-tendent la satisfaction ou l'insatisfaction des attentes sont aussi diversifiées comme le tableau ci-après le démontre.

Tableau 14 : Déterminants de la satisfaction/insatisfaction des attentes

Satisfaction des attentes	Informateurs		Communautés	Soignants	Total	Pourcentage
	Justification satisfaction des attentes					
Oui	Ebola éradiqué malgré durée et résistance		14	5	19	20
	Ebola a été maîtrisé / éradiqué		12	22	34	35,8
	Formation sur PCI, prêts pour épisodes éventuels		10	8	18	18,9
	Vaccin a été disponible et a sauvé des vies		3	1	4	4,2
	Sensibilisation et collaboration bien faites		3	7	10	10,5
	Ils ont aidé la population		2	0	2	2,1
	Appuis logistiques et financiers bien assurés		2	2	4	4,2
	Changement de mentalité et des pratiques d'hygiène chez la population		0,0	4	4	4,2
	Total		46	49	95	100
Non	Décès rapides, obscurs et élevés par rapports aux survivants		10	5	15	12,1
	Négligence, orgueil et Ebola business		9	9	18	14,5
	Epidémie n'a pas été vite maîtrisée		7	7	14	11,3
	Population frustrée entraîne in-appropriation/méfiance de la riposte		8	3	11	8,9
	Utilisation de la force (armée et police) et intimidations au lieu de la persuasion		4	5	9	7,3
	Légèreté et fanatisme dans le recrutement (des allochtones, langues étrangères)		4	8	12	9,7
	Immoralité des équipes (viols, marchandage sexe contre travail)		3	0	3	2,4
	Moins collaborant et attentifs aux préoccupations		3	1	4	3,2
	Leur arrivée a inauguré la propagation d'Ebola		3	1	4	3,2
	Inexpérience et tâtonnements à la base des rumeurs		2	1	3	2,4
	Equipes composées de non spécialistes en santé		2	0	2	1,6
	Sensibilisation et communication inadaptées surtout au début		2	8	10	8,1
	Mangina n'a pas été confiné		2	0	2	1,6
	Equipes avaient des agendas cachés (difficulté d'expliquer origine d'Ebola)		2	2	4	3,2
	Cas déclarés injustement positifs (pour avoir argent)		2	3	5	4,0
Enterrements précipités à l'absence de la famille et des amis		1	0	1	0,8	

	Ont négligé les soignants locaux dans le travail de terrain	0	1	1	0,8
	Factures des malades transférés aux CTE non payées	0	1	1	0,8
	Equipes sans déontologie ont provoqué cas de décès	0	2	2	1,6
	Mensonges et opacité dans la prise en charge des cas	0	3	3	2,4
	Total	64	60	124	100
Mitigé (oui et non)	Pour :				
	Population était sensibilisée	1	0	1	10
	Equipes de la riposte ont été acceptées vers la fin d'Ebola	1	1	2	20
	Maladie a été maîtrisée	1	2	3	30
	Formation sur PCI	1	3	4	40
	Total	4	6	10	100
	Contre :				
	L'épidémie n'a pas été vite maîtrisée	18	8	26	22,4
	Négligence, orgueil et Ebola business	12	11	23	19,8
	Sensibilisation insuffisante et inadaptée au contexte	5	6	11	9,5
	Décès rapides, obscurs et élevés par rapport aux survivants	8	1	9	7,8
	Légèreté et fanatisme dans le recrutement (surtout des allochtones)	0	12	12	10,3
	Equipes composées aussi de non diplômés en santé et sans expérience	5	1	6	5,2
	Avec expérience du passé, ça ne durerait pas	3	0	3	2,6
	Frustration populaire a suscité méfiance et in-appropriation de la riposte	4	0	4	3,4
	Equipes se promenaient avec Ebola pour le laisser là où elles partaient	2	0	2	1,7
	Résistance et doute ont continué jusqu'à la fin de la riposte	2	2	4	3,4
	Manque d'assez d'explications sur le vaccin	1	0	1	0,9
	Kits de lavage des mains parfois insuffisants	1	0	1	0,9
La logistique était disproportionnée et impressionnait mal	1	0	1	0,9	
Complicité des équipes et irrespect de la vie et culture locale (inhumation,...)	3	3	6	5,2	
Dérapages, soignants (étrangers) et malades s'ignoraient	2	0	2	1,7	
Vaccins et médicaments moins sûrs causaient morts	1	0	1	0,9	

Cas déclarés injustement positifs (pour avoir argent)	0	1	1	0,9
Forcing et intimidation dans le travail de la riposte	0	2	2	1,7
Politisation du domaine médical	0	1	1	0,9
Total	68	48	116	100,0

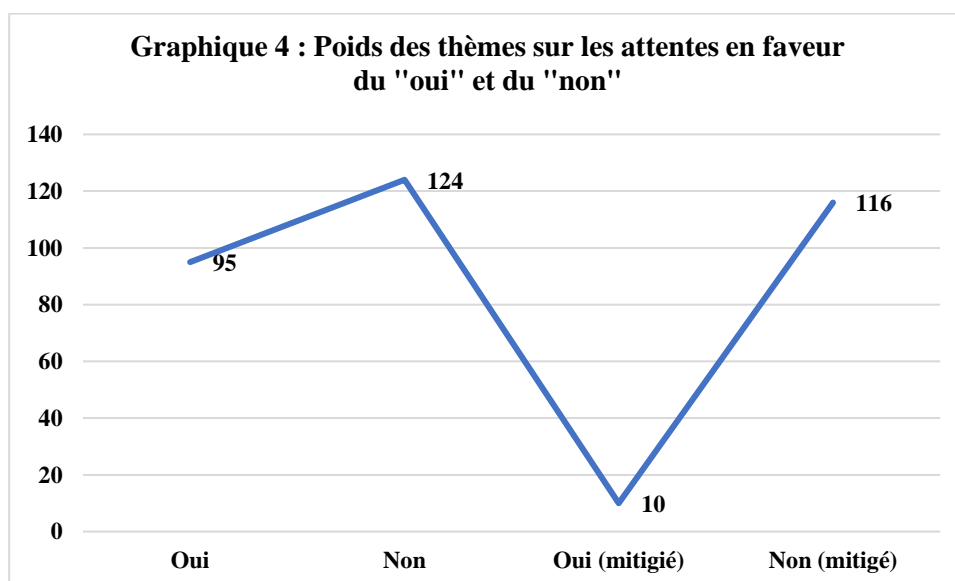
Source : construction à partir des données empiriques récoltées en 2022.

Ce tableau appelle trois commentaires.

D'abord, il montre que les communautés sont un peu plus critiques que les soignants concernant la satisfaction des attentes. Il vient donc appuyer le tableau 13. Pour rappel, dans le sens qui est celui de cette étude, le vocable « communautés » renvoie à cette mosaïque composée de toutes les couches de la population exceptés les soignants et les « vainqueurs » (cf. partie de l'introduction sur la méthodologie). Ainsi, les perceptions des communautés se justifieraient, d'une part, par le manque d'assez de connaissances dans le domaine médical et, d'autre part, par le fait de n'avoir pas été victime directe de la MVE.

Ensuite, ces thèmes corroborent la classification des attentes élaborée grâce au tableau 12. Les thèmes sont respectivement liés à l'objectif primaire de la riposte, aux moyens ou voies à emprunter pour atteindre ces objectifs, aux garanties pour le succès de la riposte et à l'art de guérir.

Enfin, le tableau montre qu'il y a plus de thèmes en défaveur qu'en faveur de la satisfaction des attentes. Vingt thèmes ont été recensés en défaveur contre huit en faveur de la satisfaction des attentes. Dans la rubrique satisfaction mitigée (à la fois oui et non), dix-neuf thèmes ont été recensés en défaveur contre quatre recensés en faveur de la satisfaction des attentes. Ce faisant, cette abondance de thèmes en faveur du « non » nous amène à affirmer que c'est le « non » (cf. tableau 13) qui l'emporterait sur le « oui » vu le caractère récessif des thèmes en faveur du « oui ». Ceci est également appuyé par l'importance des effectifs ou fréquences relevées en faveur des thèmes qui soutiennent le « oui » ou le « non » comme le montre ce graphique.



Source : Graphique tiré des analyses du tableau 14.

Le tableau 14 nous a donc permis de relever les grands atouts de la riposte, les écueils et les inquiétudes qui ont entaché le déroulement de la lutte contre le dixième épisode de la maladie à virus Ebola.

Pour boucler cette deuxième partie, la synthèse est présentée dans la conclusion ci-après.

Conclusion de la deuxième partie

Pour rappel, la question de recherche porte sur les déterminants des logiques d'actions et des réactions locales dans la lutte contre le 10^{ème} épisode de l'Ebola. Cette partie a permis de décrire la MVE, de scruter les premiers défis organisationnels de la riposte et d'aborder la manière par laquelle les communautés locales ont accueilli les équipes venues pour mettre fin à la maladie. La mise en place n'a pas satisfait et a commencé à susciter des interrogations. En effet, la mise en place de la riposte a suivi une logique savante, élaborée par des experts qui n'ont pas la maîtrise du terrain. Déjà les premières réactions ont opposé les soignants locaux aux agents de la riposte venus d'ailleurs. Un certain caporalisme a été dénoncé localement pour fustiger l'unilatéralisme de ces agents dans l'action contre l'épisode sans associer les communautés locales.

Par ailleurs, le pluralisme médical⁵²² congolais a été enrichi avec l'avènement d'Ebola. La médecine moderne, constituée des formations sanitaires (postes de santé, centres de santé, centres de santé de référence, centres hospitaliers, hôpitaux, hôpitaux généraux de référence et cliniques universitaires) et la médecine traditionnelle (composée des tradipraticiens et phytothérapeutes) ont intégré en leur sein le système de la riposte (cf. figures 6, 7 et 8) afin d'éradiquer Ebola. Ainsi, au lieu de deux sous-systèmes, le système sanitaire congolais a fonctionné avec trois sous-systèmes parallèles. Il s'agit des sous-systèmes ordinaire, traditionnel et de la riposte. Toutefois, c'est ce dernier qui a pris le dessus sur les deux autres. En fait, c'est lui qui était devenu le point de référence dans la prise en charge médicale. Avant de songer à d'autres maladies, le personnel médical devait d'abord se rassurer que le malade ne présente pas de signes cliniques d'Ebola. Ces trois sous-systèmes, inaugurés par l'irruption d'Ebola, avaient, au début de la riposte, fonctionné presque en antagonisme au point d'entamer la confiance qui était, pourtant, un ingrédient nécessaire pour vaincre Ebola. Néanmoins, au fur et à mesure que des inquiétudes naissaient et des critiques croissaient à partir de cet antagonisme, des mécanismes permettant la collaboration entre ces sous-systèmes ont été mis en place. Ceux-là intégraient également des mesures pour susciter l'engagement communautaire. Entre autres mécanismes, nous pouvons citer : la restructuration perpétuelle du système de la riposte et la mise en place des programmes nécessitant la cogestion de la riposte par ces trois sous-systèmes.

⁵²² Fernand Bationo, 'Le Pluralisme Médical à Ouagadougou', in *Pluralisme Médical En Afrique* (Yaoundé-Paris: PUCAC-Karthala, 2011), pp. 289–300 (p. 290). L'expression pluralisme médical renvoie à la médecine moderne et à la médecine traditionnelle, à la médecine locale et à la médecine étrangère.

S'agissant de la restructuration, la gouvernance de ce dixième épisode a connu des adaptations et réadaptations brisant ainsi l'unilatéralisme ou le fixisme de la décision et le *one best way*⁵²³ chers à l'OST⁵²⁴ qui la caractérisaient au départ. Ces permanentes remises à niveau étaient dues, d'une part, aux tensions entre les trois sous-systèmes et, d'autre part, aux secousses politiques qui ont abouti à l'emprisonnement de l'ancien Ministre de la santé Oly Ilunga. La riposte est passée d'un système à trois niveaux (figure 6) à un système à six ou sept niveaux (figures 7 et 8). Concernant la mise en place des programmes de cogestion, la gratuité des soins, le paiement des alertes, la construction des centres de triage dans les structures sanitaires (modernes et traditionnelles) et l'embauche de certains soignants comme agents directs de la riposte ont permis d'apaiser les tensions et d'assurer un minimum de confiance mutuelle.

Par ailleurs, le travail en synergie de différents acteurs déployés a été salué. Néanmoins, une certaine ambiguïté ou confusion avait régné dans les structures sanitaires et les communautés locales. Il était parfois difficile de répondre aux questions : qui fait quoi ?, qui est chef de qui ?, qui donne des injonctions à qui et quand ? La multiplicité d'acteurs avait donné l'impression à l'opinion locale que le principe de l'unité de commandement de Fayol (structure d'organisation militaire)⁵²⁵ est en souffrance au profit du principe un ouvrier (la population) sur huit contremaîtres de Taylor (structure d'organisation fonctionnelle)⁵²⁶. Le fait d'avoir plusieurs organismes en plus de l'Etat et de ses démembrements et le manque d'assez de connaissances en matière de gouvernance sanitaire ne pouvaient qu'accentuer la confusion. Le sentiment éprouvé par les autochtones d'être sous l'emprise des allochtones trouvait également sa source dans cet imbroglio. En effet, la plupart des organisations citées (tableau 4) étaient animées par des non originaires. En plus, cette prolifération d'acteurs avait perturbé le bon déroulement des activités administratives et routinières des structures sanitaires. Des réunions et visites intempestives étaient signalées au point que les structures pouvaient manquer à leur devoir de soigner les malades avec doigté.

Enfin, la maladie à virus Ebola a créé la peur et la frustration au sein des communautés affectées. Ceci justifie le primat des opinions favorables à l'arrivée des équipes de la riposte dans l'espoir qu'elles mettraient fin à Ebola dans un délai de trois ou six mois

⁵²³ Sophie Landrieux-Kartochian, *Théorie des organisations*, Fac universités (Paris: Gualino-Lextenso éd, 2010), p. 25.

⁵²⁴ OST est un sigle signifiant Organisation Scientifique du Travail. Font partie de cette école Taylor, Fayol et Ford. Ils estiment qu'il est possible de rationaliser le travail en suivant des normes scientifiques préétablies.

⁵²⁵ Henri Fayol, *Administration Industrielle et Générale* (Bulletin de la Société de l'Industrie minière, Dunod, 1916).

⁵²⁶ Frederick W. Taylor, *The Principles of Scientific Management* (New York & London: Harper & Brothers publishers, 1911).

maximum. Ebola avait traîné de finir, et la population était fortement partagée (tableau 13) entre satisfaction et insatisfaction des attentes. Néanmoins, le nombre de thèmes en défaveur de l'atteinte des attentes est tellement élevé que nous avons osé conclure que c'est l'insatisfaction qui l'avait emportée sur la satisfaction (tableau 14 et graphique 4).

Ce faisant, la MVE, les logiques d'actions et la résilience dans la riposte contre le dixième épisode de la maladie à virus Ebola sont à analyser dans le contexte socioculturel, politique et économique de la région de Beni-Butembo.

Troisième partie :

MVE et lutte contre le dixième épisode dans le maillage socioculturel, politique et économique local

Les équipes de la riposte avaient le devoir d'agir sur le terrain afin de guérir les malades et d'empêcher la propagation de cette maladie dans la région. Pour y arriver, un *modus operandi* avait été mis en place. Il n'avait pas été sans susciter des réactions de la part de diverses couches de la population affectée. A leur tour, ces réactions avaient eu des effets, positifs ou négatifs, sur la suite de la gouvernance de la riposte. Cette attitude semble avoir mis en opposition tantôt les agents de la riposte et le reste de la communauté, tantôt les agents de la riposte, le personnel soignant local et le reste de la communauté.

Les chapitres constitutifs de cette dernière partie du travail tirent leur substance des tableau 15 et graphique N° 5 qu'il convient d'exposer avant d'entrer dans le vif de ces chapitres. Ils (tableau et graphique) portent sur les causes des attaques et manifestations dans la lutte contre le 10^{ème} épisode d'Ebola.

Tableau 15 : Causes des attaques et manifestations

Modalités	Nombre de citations par modalité et par répondants (fréquences et pourcentages)								
	Vainqueurs	Pourcentage	Soignants	Pourcentage	Communauté	Pourcentage	Total	Pourcentage total/Obs	Pourcentage total /Citation
Soupçons de perpétuer les massacres en cours dans la région	25	58,1	91	55,2	114	55,9	230	55,8	25,8
Ignorance	32	74,4	93	56,4	68	33,3	193	46,8	21,7
Manque de confiance dans les organismes internationaux et les étrangers	7	16,3	58	35,2	115	56,4	180	43,7	20,2
Recherche du travail et gratifications (argent, cadeau, reconnaissance d'existence, envie des riposteurs, etc.)	10	23,3	58	35,2	63	30,9	131	31,8	14,7
Manque de confiance en l'Etat congolais	7	16,3	33	20	59	28,9	99	24,0	11,1
Corriger les failles enregistrées à mi-parcours	9	20,9	8	4,8	20	9,8	37	9,0	4,2
Mauvaise sensibilisation de la communauté, culture locale négligée, avis de la famille négligé dans la prise en charge	-	-	4	2,4	8	3,9	12	2,9	1,3
Discrimination salariale entre locaux et allochtones, recrutement en faveur des allochtones	-	-	4	2,4	3	1,5	7	1,7	0,8
Nombre de morts élevé	-	-			2	1	2	0,5	0,2
Total Cit./Obs.	90/43	43 = 100 %	349/165	165 = 100 %	452/204	204 = 100 %	891/412	412 = 100 %	891 = 100 %

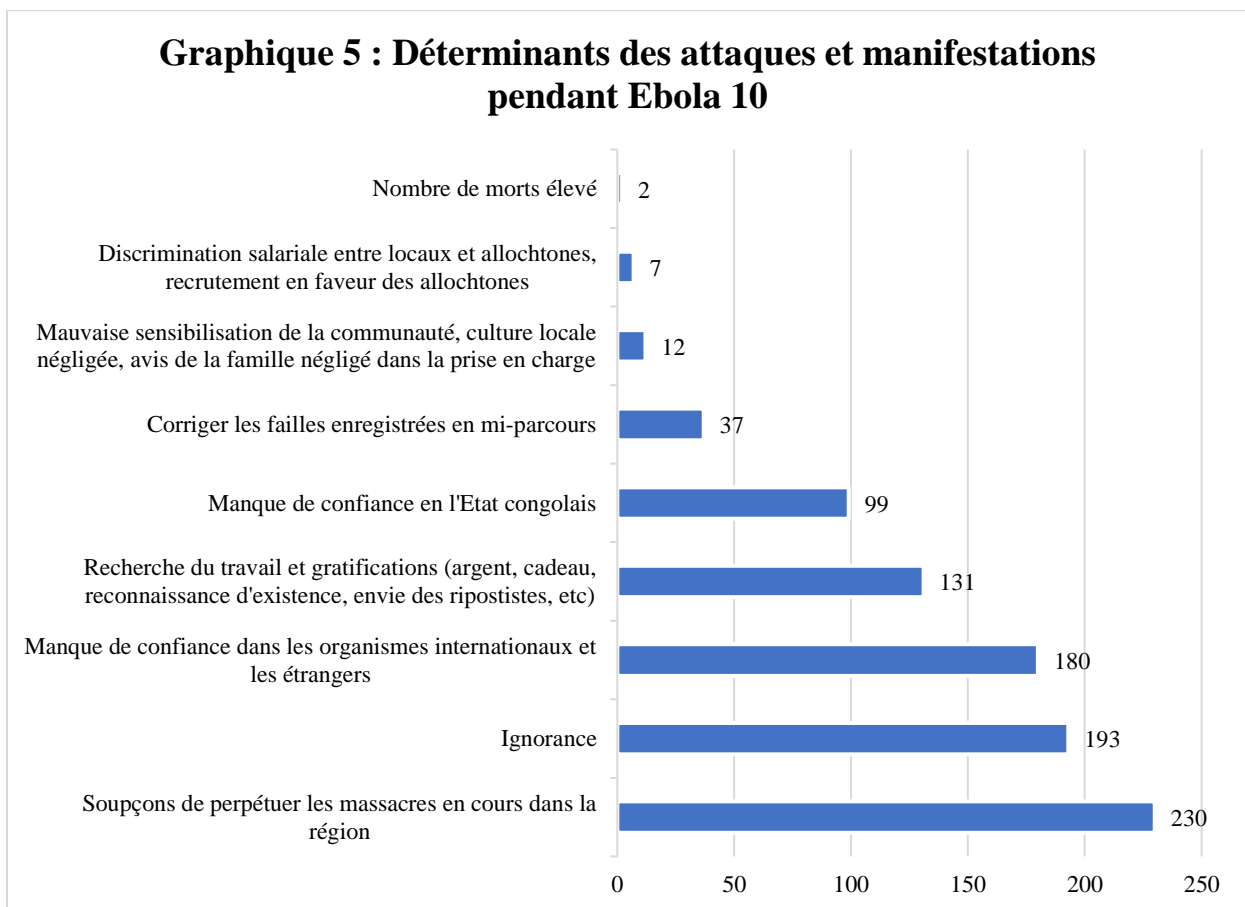
Source : Construction à partir des données récoltées en 2022.

Légende : Le nombre de citations est supérieur au nombre d'observations du fait des réponses multiples (4 au maximum).

Les différences avec les répartitions de référence sont très significatives : $\chi^2 = 320,01$, ddl = 9, 1-p = >99,99% pour la communauté, $\chi^2 = 220,47$, ddl = 8, 1-p = >99,99% pour les soignants et $\chi^2 = 38,53$, ddl = 6, 1-p = >99,99% pour les « vainqueurs ».

La lecture du tableau 15 permet de souligner les écarts entre les réponses selon les catégories de répondants. Les répondants sont constitués de ceux qui ont un point de vue « expert » (que ce soit une expertise diplômée (soignants) ou une expertise pratique (« vainqueurs »)) et de ceux qui n’y connaissent rien (la communauté). Les « vainqueurs » sont plus sévères (ignorance) vis-à-vis de la riposte que les soignants ou les communautés. Surtout dans les communautés, il y a plus de méfiance repérée vis-à-vis des étrangers que vis-à-vis de l’Etat congolais. Pour les « vainqueurs » et les soignants, l’ignorance est plus importante que les soupçons dans les attaques et manifestations contre l’action de la riposte contre Ebola. L’on pourrait même en déduire que les soupçons, à leurs yeux, sont dus à l’ignorance.

Dans l’ensemble et sans tenir compte des catégories de répondants, le graphique ci-après présente une image beaucoup plus claire et simplifiée du tableau 15 par ordre d’importance des déterminants des attaques et manifestations.



Ces tableau et graphique constituent l'assise de cette troisième partie. En effet, ils énoncent les causes des attaques et des manifestations des populations locales dans l'organisation de la riposte contre le dixième épisode d'Ebola. Ces causes peuvent être classifiées en trois catégories. La première est celle qui explique l'apparition d'une première épidémie de cette ampleur dans le pays et une première dans la région par les théories du complot et la faillite de l'Etat congolais. Cette première catégorie nous a permis d'examiner les types de discours développés localement sur la MVE (chapitre I). La deuxième catégorie est celle constituée d'éléments en rapport avec le cadre organisationnel de la riposte qui n'aurait pas inspiré confiance pour plusieurs raisons qui seront bientôt élucidées. Cette catégorie de causes nous a permis d'aborder l'efficacité des modes opératoires mis en place pour lutter contre le 10^{ème} épisode d'Ebola (chapitre II). La troisième catégorie de causes décelées dans ces tableau et graphique est constituée essentiellement de fenêtres d'opportunités constatées et qui permettraient à la population de se maintenir en dépit du choc traversé. Ce qui nous amène à scruter les mécanismes de résilience développés au niveau local (chapitre III) en dépit des méfaits de la maladie. Ce triptyque « maladie – gouvernance – résilience » montre la nécessité de mettre la population (communautés) au centre de tout action publique. Les constats faits et les leçons apprises de ce triptyque serviront de base pour la proposition d'une politique publique sanitaire de lutte contre les épidémies de type Ebola (chapitre IV).

Chapitre I : Discours local sur le 10^{ème} épisode de la MVE

Il convient de rappeler que dans le passé, la région de Beni-Butembo a déjà connu plusieurs autres épidémies dont la peste⁵²⁷, le choléra, la rougeole, etc.⁵²⁸. La peste est ancienne. Elle y a sévi de manière intermittente de 1928 à 1968. Le choléra, qui tuait surtout dans des agglomérations situées au bord du lac Edouard dépourvues d'eau potable et douce, et la rougeole, qui dévastait des familles entières, ne sont pas connus des générations actuelles grâce à la mise au point des médicaments et vaccins. Pour la génération des anciens, qui se rarifie de plus en plus d'ailleurs, l'apparition de l'Ebola a rappelé le mauvais souvenir de ces maladies.

De ce fait, le discours développé au niveau local par rapport à la MVE se résume dans les points suivants : le cas initial du dixième épisode (I.1.) et la supposée « fabrique » d'Ebola par des acteurs et pour des fins obscurs (I.2.). Ce discours se propageait sous forme de rumeurs en ce sens que personne n'en connaît jusqu'à maintenant avec précision les vrais instigateurs.

I.1. Ebola, maladie inconnue et cas initial inexpliqué

Cette section aborde le discours rumorale qui montre que la MVE est une maladie inconnue dans la région de Beni-Butembo, examine le manque de clarté sur le cas initial du 10^{ème} épisode et aborde le recours aux pratiques magico-religieuses dans l'espoir de mettre fin à l'épisode.

I.1.1. Ebola comme maladie inconnue dans la région de Beni-Butembo

Ebola, connu principalement dans l'Ouest du pays car c'est la première fois qu'il sévit dans la région de Beni-Butembo, tue un grand nombre de malades qui en souffrent. Son taux de mortalité est en moyenne de 44,1 % d'après notre calcul. Dans certaines flambées, « les taux sont allés de 25 % à 90 % »⁵²⁹.

Par conséquent, l'annonce et la lutte contre ce dixième épisode avaient suscité des interrogations qui se justifiaient aussi par l'ignorance ou la méconnaissance de la maladie. Ici,

⁵²⁷ Xavier Misonne, 'Quarante Années de Lutte Antipesteuse Au Congo', *Ann. Soc. Belge Med. Trop.*, 1.49 (1969), 1–16.

⁵²⁸ Célestin Kimanuka Ruriho, 'Bulletin annuel des statistiques sociales' (Institut National de la statistique/Nord-Kivu, 2016), pp. 56–57.

⁵²⁹ Organisation Mondiale de la Santé, 'Ebola (Maladie à Virus)', 30 May 2019, disponible sur <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/ebola-virusdisease?gclid=> [consulté le 18 Février 2023].

même des médecins et des infirmiers sont concernés. A part les quelques notions apprises en auditoire, ils n'avaient pas d'expérience pratique dans la définition des cas et la prise en charge des malades atteints de l'Ebola. Certains parmi eux ont été sceptiques vis-à-vis de l'Ebola. Des prestataires médicaux, soit 171⁵³⁰, en ont été victimes, les uns par accident de travail et les autres par négligence ou déni de la maladie⁵³¹. C'est ainsi que des guéris de l'Ebola ont témoigné avoir négligé Ebola qu'ils considéraient au départ comme une vaste blague, une tromperie⁵³².

Des jeunes gens issus des groupes de pression s'engageaient dans des protestations sans connaître grand-chose sur les modes de transmission de la maladie. Ceux qui s'aventuraient à toucher des cadavres de l'Ebola ont péri après avoir contaminé leurs amis, parents, frères et sœurs.

Le fait de voir les gens mourir en cascade a inquiété plus d'un, même parmi les plus optimistes, et le registre rumorale a été enrichi par rapport à la compréhension de cette maladie. Principalement, les rumeurs portaient sur l'inexistence d'Ebola dans la région faute d'avoir identifié le cas initial.

I.1.2. Discours sur le cas initial du dixième épisode d'Ebola

Le premier cas, appelé cas zéro ou initial, n'ayant pas été clairement identifié avait suscité le doute dans l'opinion. A Mangina, point de départ du dixième épisode, l'on ne sait pas dans quel ménage la maladie a commencé. Une descente effectuée à Mangina a permis de nous rendre compte de la complexité de cette question. Plusieurs sources (hospitalières et de la cité) contactées ont permis d'avoir quelques informations dont le condensé est exposé dans l'encadré suivant.

Encadré N° 1 : Versions développées sur le cas initial du 10^{ème} épisode

L'histoire d'un chat d'une voisine qui aurait été consommé dans un ménage remonte à juillet 2018 alors que des cas des décès avaient été signalés à partir de fin mai. Le centre de santé de référence de Mangina avait enregistré plus ou moins soixante-dix décès en juin et juillet avant la déclaration officielle de l'épisode le 1^{er} août 2018¹. Bien qu'il y avait des décès dans le ménage supposé avoir consommé le chat de la voisine, tous les cas suspects y identifiés avaient été déclarés négatifs à Ebola. C'est d'ailleurs au mois de juillet que ces cas...

⁵³⁰ World Health Organization, p. 2.

⁵³¹ L'infirmier Karasaba connu comme docteur, le laborantin Eridioni Kombi, etc. à Butembo, sont morts dans cette situation. L'infirmier Maheshe de Cantine a été malade et s'en est sorti guéri. C'est à ce moment que ce dernier s'engage à aider à sensibiliser la communauté pour qu'elle accepte l'existence de la maladie qui est guérissable si la prise en charge est faite au début.

⁵³² Recoupement de plusieurs sources.

.....avaient été signalés alors que des décès venaient de commencer fin mai et début juin. Ce qui fait penser qu'ils sont morts d'une autre maladie qu'Ebola. A partir de ce flou sur le cas initial, des rumeurs ont couru dans tous les sens. Sept versions ont été recensées sur le cas initial.

La première version est de ceux qui disent que le cas initial aurait consommé un chat. Pour les uns, ce chat aurait été ramassé dans la forêt déjà mort. Pour les autres, c'est un chat qui a été volé vivant. C'est ici que la version sur la sorcellerie prend sa source. Donc des gens auraient volé le chat d'une voisine qui aurait décidé d'en finir avec les consommateurs par des pratiques magico-mythiques. La deuxième version raconte que le premier cas aurait consommé une chauve-souris contaminée par Ebola. La troisième version est celle d'un malade qui serait venu d'Isiro pendant qu'Ebola était en incubation. La quatrième est celle tantôt d'un civil tantôt d'un militaire qui serait venu de l'Equateur où la fin du neuvième épisode venait d'être déclarée le 24 juillet 2018. La cinquième est que le cas zéro avait consommé un singe trouvé vivant ou mort dans la forêt. Par conséquent, les premiers malades étaient des chasseurs ou braconniers qui n'ont pas été identifiés car travaillant dans la clandestinité. La sixième est celle de deux jumeaux qui auraient mangé la viande d'un animal dont l'espèce n'a pas été dévoilée. Enfin, la septième version est celle d'un machiniste venu de l'Equateur après avoir mangé une viande boucanée. Ces différentes versions n'ont pas aidé la riposte à convaincre de l'existence d'Ebola dans la contrée.

Ce faisant, le flou sur le cas initial d'Ebola à Mangina a donné place à plusieurs interprétations. Une des interprétations présentait la sorcellerie et ou le mauvais sort comme étant à l'origine d'Ebola dans cette contrée. Ce faisant, pour y mettre fin, il fallait recourir à des pratiques magico-mythiques et religieuses. Des séances de prière ont été organisées plusieurs fois par les différentes confessions religieuses. Des appels à la prière, faits par des leaders religieux, et des prières demandées aux serviteurs de Dieu par les autorités politico-administratives ont été organisés. Des pratiques fétichistes n'ont pas été du reste. Un cas s'est passé à Cantine en 2019. Une maman est morte pendant qu'elle venait d'être diagnostiquée positive à Ebola. Son mari a exigé que le centre de santé qui a recommandé l'échantillon d'examen au laboratoire d'Ebola lui paie une chèvre qui sera immolée avant l'enterrement. Pour éviter des conséquences fâcheuses, le centre s'est exécuté. L'animal offert a été effectivement immolé. Une quantité de son sang a été aspergée dans la tombe avant d'y déposer le corps de la défunte. Un autre cas est celui d'un ancien agent de la riposte qui a raconté que l'OMS avait reçu plusieurs sollicitations de la part de certains chefs coutumiers pour l'organisation de rituels de sacrifice.

I.1.3. Recours aux pratiques magico-mythiques pour endiguer Ebola

Compris comme de la sorcellerie ou comme du mauvais sort, il fallait donc chercher une solution à la hauteur de cette compréhension.

Les enquêtés ont été interrogés sur le recours aux pratiques magico-mythiques dans l'éradication de la maladie à virus Ebola. 27 sur 204 interrogés au sein de la communauté et 19 sur 165 soignants interrogés ont affirmé avoir soit entendu soit vu (ou les deux à la fois) la riposte recourir à des rituels de sacrifice pour mettre fin à la MVE. Ces rituels de sacrifice se seraient organisés essentiellement dans la chefferie des Bashu et dans le secteur de Beni-Mbau dans des vérandas coutumières et chez les féticheurs. Un message clair se cache derrière cette façon de faire. Il consiste à dire que la place des malades devrait être ailleurs que dans les CTE conçus sur le modèle de la médecine moderne.

Les communautés locales et les chefs coutumiers ont essentiellement été identifiés comme ayant proposé le recours à des pratiques magico-mythiques.

Tableau 16 : Provenance des propositions de recourir aux pratiques magico-mythiques

Répondants Sources de la Proposition rituelle	Soignants	Communautés	Total	Pourcentage
Communautés (populations)	10	10	20	45,5
Chefs coutumiers	6	9	15	34,1
OMS	0	4	4	9,1
Anthropologues	1	3	4	9,1
Gouvernement	1	0	1	2,3
Total	18	26	44	100,0

Source : construction à partir des données récoltées en 2022

Sur 412 enquêtés ou répondants, seulement 44 ont donné leur avis sur l'origine de la proposition de recourir aux pratiques magico-religieuses. Néanmoins, avec ce petit nombre, l'on sait voir que des propositions de recourir à ces pratiques sont venues de plusieurs sources.

Pour effectuer des rituels de sacrifice, il fallait avoir des moyens financiers pour se procurer les ingrédients nécessaires à la réussite des incantations. C'est ce qui ressort du tableau suivant :

Tableau 17 : financiers des rituels de sacrifice

Financiers des Rituels de sacrifice	Répondants	Communautés	Soignants	Total	Pourcentage
L'OMS		14	6	20	55,6
Chefs coutumiers		2	3	5	13,9
Gouvernement		0	5	5	13,9
Communautés (populations)		2	1	3	8,3
Anthropologues		2	0	2	5,6
Coordination de la riposte		1	0	1	2,8
Total		21	15	36	100,0

Source : construction à partir des données récoltées en 2022

Ce tableau montre que la majorité de répondants dit avoir entendu et ou vu que l'argent qui finançait les rituels de sacrifice ou les pratiques magico-mythiques provenait de l'OMS. Ceci corrobore ce que nous avons reçu des entretiens menés avec des personnalités qui ont travaillé directement ou indirectement dans la riposte.

I.2. Ebola comme une « fabrique » par des acteurs et pour des fins obscurs

Un autre discours rumoral présentait le dixième épisode d'Ebola comme une fabrication à des fins scientifiques et commerciales. Il fallait des expérimentations afin de rendre disponibles des vaccins pour prévenir la maladie et des médicaments pour les traitements des malades confirmés. Pour cela, il fallait mettre en jeu de l'argent dans l'espoir de le récupérer lors de futures épidémies. Ainsi, les motivations de la fabrication de cette maladie aurait été d'ordre commercial. Dans la même perspective, une autre catégorie des rumeurs portait sur le lien entre Ebola et les massacres qui sévissent dans le territoire de Beni depuis le 02 octobre 2014. Nombreux ont été convaincus que les deux sont intimement liés et s'inscrivent sur le même *continuum*, celui de perpétuer et pérenniser les tueries dans la région. La mission serait de ce fait confiée aux organismes internationaux avec l'aval du gouvernement congolais qui devait leur assurer la sécurité par son armée et sa police afin d'exterminer la population locale. Il est dit que cette région fait partie des contrées les plus peuplées du pays. Ce faisant, le virus de la MVE a été inoculé dans la région de Beni-Butembo afin d'aider à diminuer la population mondiale car cela figurerait parmi les points saillants de ce que l'on appelle « nouvel ordre mondial » (plusieurs sources concordantes).

De par cette conception, une partie de la population locale range le dixième épisode de la MVE dans la catégorie des théories complotistes souvent dénoncées « comme le nouvel « opium des masses » »⁵³³. Elles sont accusées « de favoriser les attentats terroristes en désignant aux extrémistes des cibles diabolisées »⁵³⁴. Elles sont utilisées en période de calamités notamment pendant les guerres et les épidémies. Ces moments « réactivent l’imaginaire de l’ennemi invisible, incarné par le virus comme par les forces accusées d’avoir créé et propagé et qu’il métaphorise (« le virus juif ») »⁵³⁵. Ces théories s’inscrivent donc dans le registre des causes intentionnelles, délibérées et non dans celui des causes naturelles ou occasionnelles face à des événements ambigus.

Les rumeurs sur la maladie à virus Ebola la présentaient comme une autre façon de perpétuer les massacres des civils. Ainsi, l’Etat congolais était accusé d’accompagner le projet supposé porté par les organismes internationaux pour déstabiliser davantage la région. Selon cette opinion, les organismes internationaux qui pullulaient dans la région n’étaient pas du côté de la population locale. Ils étaient considérés comme un cheval de Troie des Etats occidentaux pour piller les ressources naturelles de la RDC. Pour y parvenir, ils créent le chaos afin d’en profiter pour prendre tout ce dont ils ont besoin. C’est ce qui justifie la prééminence des assertions « soupçons de perpétuer les massacres en cours dans la région » et « manque de confiance dans les organismes internationaux et l’Etat » (cf. tableau 15 et graphique 5). C’est donc un « discours à la fois victimiste, accusateur et de repli sur soi » qui rejette le sens médical de la maladie au profit d’une compréhension situationnelle liée à l’environnement sécuritaire, politique et économique de la région de Beni-Butembo.

Pour envenimer la situation, les politiciens en quête d’électorat s’étaient invités dans le jeu. La classe politique locale était divisée entre pro et anti riposte au point que l’on ne savait plus distinguer celui qui dit vrai de celui qui dit faux. D’une manière globale, les politiciens, cachés⁵³⁶ au sein des groupes de pression, s’étaient rangés du côté des sceptiques prônant le déni d’Ebola soit par conviction, soit à la recherche de l’électorat.

Cette façon de voir, pour la population, tire son origine du sentiment d’abandon justifié par les massacres continus et la démission de l’Etat dans presque tous les secteurs de la vie locale. Ainsi, la mobilisation internationale suite à l’apparition d’Ebola a été suspectée. Les

⁵³³ Pierre-André Taguieff, *Les théories du complot*, Que sais-je ?, n° 4066 (Paris: Que sais-je ?, 2021), p. 3.

⁵³⁴ *Ibidem*.

⁵³⁵ *Ibidem*, p. 9.

⁵³⁶ S’il y a des politiciens bien connus derrière les groupes de pression, d’autres politiciens ne sont pas connus car agissant comme des simples activistes au sein de ces groupes sans dévoiler leurs ambitions politiques. C’est au fur et à mesure, surtout à chaque cycle électoral, qu’on identifie de nouveaux politiciens agissant sous le label des groupes de pression. Ce camouflage est un stratagème pour se légitimer et faire accepter ses actions sur terrain.

gens ne comprenaient pas comment ces organismes ne se sont jamais mobilisés pour stopper ces massacres et la souffrance multidimensionnelle vécue dans le milieu, et qui tuent plus qu'Ebola. En fait, cette opinion minimisait Ebola et ses effets dévastateurs. La tendance était de vouloir prendre Ebola au même titre que d'autres maladies connues dans la région à l'instar du paludisme ou de la fièvre typhoïde.

Le dernier registre rumorale recensé portait sur la tenue vestimentaire des soignants de la MVE. Le port des équipements de protection individuelle (EPI) et tout ce qui était lié au département de biosécurité étaient nouveaux ou mieux inhabituels dans la région. D'habitude et généralement, le soignant porte une blouse blanche. Des gants sont portés en salle d'opération. Les EPI comprenaient entre autres des cagoules, des gants, des salopettes, des bottines, etc. Se faire soigner par des gens dont on ne voit pas la figure et dont l'apparence ressemble à celle des bandits à mains armées qui sèment l'insécurité dans la région n'a pas été bien accueilli. Il a laissé place à des suspicions qui n'ont pas aidé le travail de la riposte. Et pourtant, face au danger que porte Ebola, les soignants n'avaient pas d'autres choix que de porter ces tenues afin de se protéger et de protéger les malades. Les impératifs techniques ont donc contrasté avec les *us* et pratiques de la région en matière de santé.

Au demeurant, le dixième épisode de la MVE en RDC a permis de noter un certain nombre de perceptions vis-à-vis de la MVE de la part des communautés affectées. Le constat est que pour une partie de la population, la riposte ne la concerne pas ; c'est une affaire d'autrui, une affaire étrangère dont seuls les expatriés et l'Etat congolais maîtrisent les enjeux. Il s'observe alors un déficit d'appropriation qui freine la participation locale. Ce déficit d'appropriation est dû à la méconnaissance de cet inconnu, de cet élément nouveau qui s'improvise dans le vécu quotidien. Dans l'ensemble, ce manque d'appropriation de l'action de la riposte aussi bien au niveau institutionnel⁵³⁷ qu'à celui de la population s'explique par l'ignorance de la maladie vu la compréhension y relative développée ci-haut. En fait, ce qui mérite d'être intériorisé par les parties prenantes y compris la population c'est qu'une organisation ne se déploie pas « sur un terrain vierge... [et qu'elle doit] composer avec des logiques locales, des territoires institués, [dans] un contexte... »⁵³⁸ bien précis. Nous suggérons, à la suite d'Irene Guijt⁵³⁹, que la population-cible doit être impliquée à toutes les étapes d'un

⁵³⁷ Au niveau institutionnel, la mobilisation était forte. Mais les méthodes d'action ont suscité auprès de la population des interrogations et interprétations s'écartant des caractéristiques de la maladie.

⁵³⁸ Yann Quemener and Eric Fimbel, 'Mise En Œuvre, Usages et Appropriation Des Outils de Gestion : Apports de La Théorie de La Régulation Sociale', *Comptabilité et Innovation*, 2012, 1–25.

⁵³⁹ Irene Guijt, 'Participatory Approaches, Methodological Briefs: Impact Evaluation 5, UNICEF Office of Research, Florence.', *Unicef Office of Research*, 2014, p. 1.

programme parce que c'est pour son intérêt et avantage que l'action (ici la riposte) est conçue et mise en place par le pouvoir étatique et ou ses partenaires. En fait, avoir besoin d'une assistance ne signifie pas nécessairement l'abandon de sa liberté de choix. Ainsi comme un adage populaire, attribué tantôt à Gandhi tantôt à Mandela, le suggère : « ce que tu fais pour moi, sans moi, tu le fais contre moi ». Le fait d'avoir le contrôle sur soi peut constituer une thérapie à sa maladie et augmenter les chances de guérison au concerné. C'est donc un impératif que, lorsqu'on veut résoudre un problème, l'organisateur implique « dans sa démarche les acteurs directement concernés par le résultat »⁵⁴⁰ du travail. Ceci permet de parler le même langage et de marcher dans la même logique. Dans ce cas, la barrière entre logique locale et logique allochtone, et celle entre savoirs scientifiques (bureaucratiques) et savoirs pratiques (de vie)⁵⁴¹ s'estompent au profit de l'obligation des résultats. Les divergences sont aplanies au profit de la lutte. Ceci est encouragé par la démocratie participative⁵⁴² qui suggère aux uns et aux autres de dialoguer et de partager les préoccupations pour avoir une compréhension commune et résoudre les grands problèmes qui se posent dans les sociétés contemporaines. L'organisateur aura besoin de la participation citoyenne ou mieux mettra au centre de son action le citoyen, et le citoyen montrera sa disponibilité à coopérer avec celui-là. Dans ce cas, un « management de l'appropriation, qui s'appuie sur des actions de communication, de diagnostic et d'évaluation »⁵⁴³ doit être au centre des préoccupations du manager.

⁵⁴⁰ Laurent Hazard et Elise Audouin, « Approche participative », in dictionnaire d'agroécologie, 2016, disponible sur <http://dicoagroecologie.fr/dictionnaire/approcheparticipative>, consulté le 28 mars 2024.

⁵⁴¹ Expressions utilisées en référence à L. Gélinau, É. Dufour, et M. Bélisle, *Op. cit.*, p. 48.

⁵⁴² Nicolas Hulot, « Démocratie participative, Guide des outils pour agir », *Etat des lieux et analyses*, 3, Février 2015.

⁵⁴³ Christophe Favoreu and Yoann Queyroi, 'L'appropriation : Un Levier de Pérennisation Des Innovations Publiques', *La Revue Du Gestionnaire Public*, N° 2, 2020.

Chapitre II : *Modus operandi* de l'organisation de la riposte contre le dixième épisode de la maladie à virus Ebola

Ce chapitre examine le deuxième pilier de cette étude, c'est-à-dire la gouvernance de la riposte, à travers les différents modes d'actions mis en place pour endiguer le dixième épisode de la maladie à virus Ebola (MVE). Il comprend quatre sections qui sont : le déploiement des équipes dans les communautés, appelé recherche active (I.1.), l'installation des CTE en dehors des milieux hospitaliers (I.2.), la gestion sécuritaire des équipes (I.3.) et la gestion de la ration alimentaire (I.4).

II.1. La recherche active des malades dans la communauté

Dans le cadre de la recherche active, trois modes opératoires ont été retenus. Il s'agit de : la cohorte de véhicules, la traque des malades dans leurs lieux de demeure et l'installation des tentes en plein air.

II.1.1. Cohorte de véhicules

La gouvernance de la riposte contre le dixième épisode d'Ebola a mis en place un système de convois de véhicules lors des activités de terrain. Dans sa logique, le convoi permet à l'équipe d'être multidisciplinaire pour être plus efficace sur terrain. Aussi, le convoi est sécurisant et permet de ne pas disperser la main-d'œuvre policière ou militaire qui est très limitée.

Cette façon de faire a entraîné différentes réactions au sein de la population affectée.

Tableau 18 : Opinions sur la cohorte de véhicules lors des descentes

Informateurs Cohorte de véhicules	Communautés	Pourcentage	Soignants	Pourcentage	Vainqueurs	Pourcentage	Total	Total Pourcentage
	Non réponse	2	1,0	8	4,8	2	4,7	12
Bonne stratégie	32	15,7	35	21,2	23	53,5	90	21,8
Mauvaise stratégie	109	53,4	81	49,1	12	27,9	202	49,0
Mitigé (bonne et mauvaise)	61	29,9	41	24,8	6	14,0	108	26,2
	204	100,0	165	100,0	43	100,0	412	100,0

Source : compilation des données récoltées sur le terrain en 2022.

D'une manière globale, la cohorte de véhicules lors des descentes sur le terrain est considérée comme une mauvaise stratégie.

Les communautés locales et les soignants, dans leur grande majorité, sont d'avis que la stratégie d'engager une cohorte de véhicules pour chercher les malades était mauvaise. Sur les trois couches interrogées, il n'y a que les « vainqueurs » qui estiment que cette stratégie était bonne. Les explications en faveur ou en défaveur de ce mode d'action sont reprises dans le tableau ci-après :

Tableau 19 : Justifications en faveur ou en défaveur de la cohorte de véhicules

Appréciation	Justifications	Vainqueurs	Communautés	Soignants	Total	Pourcentage
Bonne stratégie	Limiter cas contacts /éradiquer Ebola	11	15	8	34	40,0
	Faciliter évacuation saine, sécurisée et rapide des malades et équipes	4	8	11	23	27,1
	Gestion de proximité/ faciliter déploiement des équipes	2	4	4	10	11,8
	Repérer ceux qui se cachaient (éviter décès communautaires)	6	2	0	8	9,4
	Recherche active lors des urgences a sauvé des vies	3	0	5	8	9,4
	Déploiement selon spécialité de chaque organisme présent	0	1	1	2	2,4
	Total	26	30	29	85	100,0
Mauvaise stratégie	Occasionnait panique (frustration et peur)	4	53	36	93	40,1
	Signe de fanfaronnade (luxe, impressionnisme)	3	23	7	33	14,2
	Gaspillage d'argent, détournement et Ebola business	3	16	10	29	12,5
	Embauche des allochtones + brutalité, intimidation et forcing	0	12	2	14	6,0
	Faible sensibilisation de la communauté locale	0	4	6	10	4,3
	Un malade n'avait pas besoin de plusieurs véhicules	0	0	9	9	3,9
	Accompagnement militarisé inquiétait	0	5	2	7	3,0
	Dérangeait psychologie des malades et était à la base des rumeurs	0	0	5	5	2,2
	Même les non malades d'Ebola étaient assimilés	1	3	0	4	1,7
	Suscitait résistance, interrogations et doute sur l'existence de la MVE	0	0	4	4	1,7
	On pensait qu'Ebola est dans ces véhicules	2	1	0	3	1,3
	CTE considérés comme des mouroirs	0	2	0	2	0,9
	Fallait utiliser des ambulances médicalisées	0	0	2	2	0,9

	Rôle des RECO bafoué	0	0	2	2	0,9	
	Politisation	1	0	0	1	0,4	
	Autres (monnayage des cas, argent pour malades et non paix, secret médical bafoué, malades étaient gibiers,...)	0	11	3	14	6,0	
		14	130	88	232	100,0	
Mitigé	Pour						
	Intervention rapide et sécurisée des équipes	2	17	2	21	51,2	
	Limiter cas contacts et décès communautaires	2	6	3	11	26,8	
	Décontaminer les ménages	1	0	0	1	2,4	
	Faciliter évacuation saine, sécurisée et rapide des malades			2	2	4,9	
	Gestion de proximité	0	1	0	1	2,4	
	Faciliter déploiement des équipes spécialisées /preuve dévouement au travail			5	5	12,2	
		Total	5	24	12	41	100,0
	Contre						
	Occasionnait panique (frustration et peur)	2	24	15	41	41	
	Gaspillage d'argent et Ebola business	2	10	6	18	18	
	Signe de fanfaronnade (luxé, impressionnisme)	1	9	3	13	13	
	Faible sensibilisation de la communauté locale	0	3	0	3	3	
	Accompagnement militarisé inquiétait	0	2	1	3	3	
	Embauche des allochtones + brutalité, intimidation et forcing	0	5	2	7	7	
	Véhicules contenaient virus	0	1	0	1	1	
	Un malade n'avait pas besoin de plusieurs véhicules	0	0	1	1	1	
	Dérangeait psychologie des malades et source des rumeurs	0	0	2	2	2	
	Etrange et nouveau dans la région	0	0	1	1	1	
	Non utilisation des leaders locaux pour sensibiliser	0	0	1	1	1	
	A la base des conflits dans la communauté	0	0	1	1	1	
	Autres	0	6	2	8	8	
		Total	5	60	35	100	100

Source : Construction à partir des données empiriques récoltées en 2022.

Les raisons qui soutiennent la stratégie de la cohorte de véhicules pour rechercher les malades, leurs contacts et pour la vaccination sont de deux ordres. Le premier se résume dans le souci de sauver des vies humaines en coupant la chaîne de transmission du virus le plus tôt possible. Pour ce faire, les malades devaient être conduits dans des structures de soins appropriées. Le second est d'ordre logistique et technique. Des véhicules pouvaient s'y rendre selon le nombre d'organismes engagés dans l'opération. Le but était de sécuriser les malades repérés et les agents faisant partie de l'équipe de la riposte. La leçon semble être également pédagogique : descendre vers les communautés affectées et partager avec elles dans leurs souffrances afin qu'elles ne se sentent pas abandonnées. Cette proximité voulue et rendue possible grâce à ce cortège de véhicules par la coordination stratégique n'a pas été approuvée par la majorité des populations bénéficiaires (cf. tableau 19).

Ce faisant, les raisons qui plaident en défaveur de cette stratégie de la cohorte des véhicules peuvent être ramenées à trois.

D'abord, les bénéficiaires n'ont pas été d'accord avec les méthodes fortes ou le *forcing* utilisé par les agents de la riposte. La cohorte était perçue par beaucoup comme étant une manière de traquer les gens comme des malfaiteurs ou des gibiers à abattre une fois dans les CTE. Ce qui créait la panique dans les villages et quartiers au point d'entraîner la fuite de certains qui craignaient de s'exposer à l'abattoir comme des agneaux dociles. Et lorsque des malades étaient parmi les fuyards, cela inaugurerait de nouvelles contaminations ou des nouveaux foyers de la maladie. Une illustration est à découvrir à travers l'encadré ci-bas. Ainsi, au lieu que ces cohortes servent pour endiguer la maladie, elles auraient, sans que leurs concepteurs le veulent, plutôt ou également favorisé sa propagation. Quelques tares avaient accompagné ce forçement. L'animation des organisations par des allochtones et ou étrangers s'exprimant en des langues étrangères parlées par une faible catégorie des populations dans le milieu affecté a renforcé la peur déjà ressentie lors de l'annonce de la maladie. En fait, l'anglais est réputé être une langue d'occupation utilisée par des Ougandais et des Rwandais considérés comme des agresseurs de la RDC. Le français est également une langue de Blancs. C'est à travers cette langue que la colonisation a été effective. Les intellectuels congolais qui s'en servent dans les écoles et bureaux de l'Etat n'ont pas réussi à booster le développement et la sécurité tant voulu dans le pays. Le *lingala* est considéré dans le milieu comme une langue des militaires. Ceux-ci ont une mauvaise réputation et se servent du *lingala* lorsqu'ils intimident et pillent les habitants. En résumé, tous ceux qui utilisent ces langues sont associés aux tares y relatives. Une autre tare aurait été d'assimiler toute maladie à Ebola. La dernière de ces tares aurait été la militarisation

de ces cortèges qui avait donné l'impression que la population est obligée d'obtempérer. Nous y reviendrons dans la section suivante.

Encadré N° 2 : Histoire d'une dame malade ayant fui les soins de la riposte contre le dixième épisode d'Ebola.

Agée de 26 ans, infirmière de profession et croyante de l'Eglise évangélique du rite africain (EERA), une dame a été observée dans un poste de santé de l'aire de santé de Masuli du 23 mars au 2 avril 2019. La famille a été informée qu'une alerte venait d'être remontée aux services de la riposte. La famille n'a pas voulu confier la dame aux équipes et a préféré la retourner à domicile. N'ayant plus confiance à la médecine moderne et ne voulant pas l'amener au CTE, la famille a pris, en date du 5 avril 2019, la décision de la faire soigner à Kyavinyonge auprès d'un tradipraticien. Appelé au téléphone, ce dernier a recommandé à la famille d'aller la faire soigner dans l'extension de sa structure basée à Butembo. Ce faisant, la malade, sa mère et son petit-frère se sont organisés pour prendre un trajet qui va faire échapper la malade aux points de contrôle situés sur la route Kyavinyonge-Butembo. Le convoi était constitué de deux motos. L'une transportait la mère et l'autre transportait la malade et son petit frère. La pauvre dame est décédée, malheureusement dans le boisement de Kambuli un peu avant d'arriver au pont de Virendi. Elle a été transportée au dos par sa mère qui avait décidé de contourner la barrière située sur le tronçon Virendi-Musenda pour rejoindre la moto un peu après la barrière. A Kirindera (car c'est par ce tronçon qu'ils voulaient rejoindre Butembo en contournant le tronçon Kyavinyonge-Kyondo), une équipe de jeunes gens est allée les attendre au niveau de la barrière de Karuruma. Ces jeunes se sont égarés car ils croyaient que le corps prenait la destination de Kasindi alors qu'il était amené à Kyavinyonge.

Après le prélèvement et l'examen du *swab* (écouvillon), elle a été déclarée positive à Ebola. La famille et les amis de la défunte n'ont pas accepté l'enterrement digne et sécurisé (EDS). Ce qui avait impliqué un grand nombre de contacts aggravé par les rites qui entourent les cérémonies funéraires dans la confession religieuse du *de cuius*.

Source : Propos recueillis auprès d'un membre de la CASS et corroborés par des témoignages locaux.

Ensuite, l'ambiance festive qui a entouré la riposte n'a pas joué en faveur de la cohorte de véhicules. Cette cohorte était perçue comme un signe d'abondance de ressources financières. C'est de l'argent qui était disponible et qui devait à tout prix être « gaspillé ». Encore une fois, le concept d'*Ebola business* avait trouvé sa place. Ce cortège était assimilé à celui qu'on organise lorsqu'on a une fête comme celle du mariage. Il était également perçu comme un signe de fanfaronnade ou d'exhibitionnisme des allochtones et ou étrangers vis-à-vis des autochtones. En fait, l'exhibitionnisme n'est toléré qu'entre autochtones, encore que même parmi eux c'est plutôt le profil bas qui est préféré comme style de vie. En fait, même lorsqu'on est riche à Butembo et à Beni, on vit ordinairement de peur de s'exposer aux jaloux. Le *Munande* (majoritaire dans la région sous étude) est présenté comme un peuple qui vit

spécifiquement de l'agriculture, des minerais, de la pêche, du tourisme, du commerce et du secteur agro-industriel naissant dans la région⁵⁴⁴. Mais aussi il s'intéresse à des services financiers locaux organisés sous forme de tontine, de banque « Lambert » et de « cambisme ». Ceux-ci sont tenus par des acteurs locaux dont les mutuelles de solidarité, les commerçants, les églises, les associations des ressortissants, les regroupements villageois et, légèrement, par l'Etat⁵⁴⁵. Ces groupes ou leurs membres travaillent en pleine discrétion et souvent dans l'informel, hormis ce qui est étatique. L'arrivée dans le milieu des organismes internationaux (Organisations internationales, institutions de *Bretton woods*, ONG, etc.), caractérisés par l'exhibitionnisme et pourvus de grosses finances (exemple à l'annexe 17) dont la gestion échappe à la logique locale (cf. Hountondji⁵⁴⁶ ou Tourneux⁵⁴⁷), a été suspectée. Cette manière de faire rompt avec (et perturbe) les pratiques routinières locales de production et gestion des richesses. L'exhibitionnisme est un mode de vie qui prédomine dans la partie occidentale et septentrionale du pays. Par contre, le profil bas prédomine dans la partie orientale, en général, et dans le pays Nande, épice de cet épisode, en particulier. De ce fait, il était incompréhensible que plusieurs véhicules (quatre, cinq, six ou plus) soient mobilisés pour récupérer un seul malade alors qu'un seul véhicule pouvait suffire pour rendre ce service. Ceci suscitait des rumeurs au point que le doute commençait à planer dans la population sur l'existence même de la maladie.

Enfin, une faible sensibilisation avait été accusée de favoriser la méfiance vis-à-vis de cette cohorte de véhicules. Elle est même accusée par les enquêtés d'être à la base de la résistance. Les descentes sur le terrain des équipes de la riposte, avant que les relais communautaires (RECO), l'administration et les agents sanitaires locaux ne soient associés pour préparer la population et les accompagner, avaient favorisé cette méfiance. 328 véhicules⁵⁴⁸ est le nombre culminant des véhicules, en location, mobilisés pour faciliter le

⁵⁴⁴ Lenga-Lenga Kasay Katsuva, 'Dynamisme démo-géographique et mise en valeur de l'espace en milieu équatorial d'altitude : cas du pays Nande au Kivu septentrional, Zaïre' (inédit, Thèse de doctorat, Université de Lubumbashi, 1988).

⁵⁴⁵ Christian Kakule Kaparay, 'Finance Populaire et Développement Durable En Afrique Au Sud Du Sahara. Application à La Région Nord-Est de La République Démocratique Du Congo' (inédit Thèse de doctorat, Université catholique de Louvain, 2006), pp. 107–66.

⁵⁴⁶ La logique locale, par analogie au savoir local de Hountondji, renvoie à la logique autochtone (celle détenue et revendiquée par un groupe particulier en opposition à d'autres). Cf. Paulin J. Hountondji, *Les savoirs endogènes : pistes pour une recherche*, ed. by Codesria, Série Des Livres Du Codesria (Dakar: Codesria, 1994).

⁵⁴⁷ Nous sommes de son avis lorsqu'il préfère l'adjectif local, plus précis et renvoyant à un lieu ou une région, à celui endogène étant donné que la barrière entre l'endogène et l'exogène est floue. En effet, ce qui paraît endogène aujourd'hui peut avoir été exogène hier. Cf. Henry Tourneux, 'Les savoirs locaux : comment les découvrir et comment les transmettre', in *Savoirs locaux, savoirs endogènes: entre crises et valeurs*, by Clément Dili-Palai (Yaoundé: Editions du Schabel, 2019), pp. 15–29 (p. 19).

⁵⁴⁸ Liste de véhicules utilisés pendant la riposte, consultée en septembre 2021.

travail de la riposte. Un montant allant de 100 à 150 dollars américains⁵⁴⁹ par véhicule et par jour était versé au propriétaire du véhicule. Pendant que le bas peuple se plaignait du cortège des véhicules, la notabilité locale se réjouissait des gains générés par la location de leurs véhicules. Des églises, des personnalités membres et responsables des églises et de la Fédération des entreprises du Congo, des commerçants, des soignants, etc. ont offert leurs véhicules à la riposte à contrepartie de cette somme d'argent. Chaque propriétaire du véhicule signait un contrat avec les organisations engagées dans la riposte/réponse. Le chauffeur avait un minimum de 10 dollars par jour à défalquer du montant de location. Sur les 328 ayant servi, seule une vingtaine de véhicules appartenait à des allochtones qui travaillaient dans la riposte ou qui étaient des amis aux agents de la riposte.

II.1.2. Recherche des malades jusque dans leurs ménages

Le concept « traque » a été utilisé par nos informateurs pour justifier et inclure la menace et le *forcing* qui accompagnaient cette recherche. Le tableau ci-après permet de mesurer l'appréciation de cette action par les enquêtés.

Tableau 20 : Appréciation de recherche des malades dans les ménages

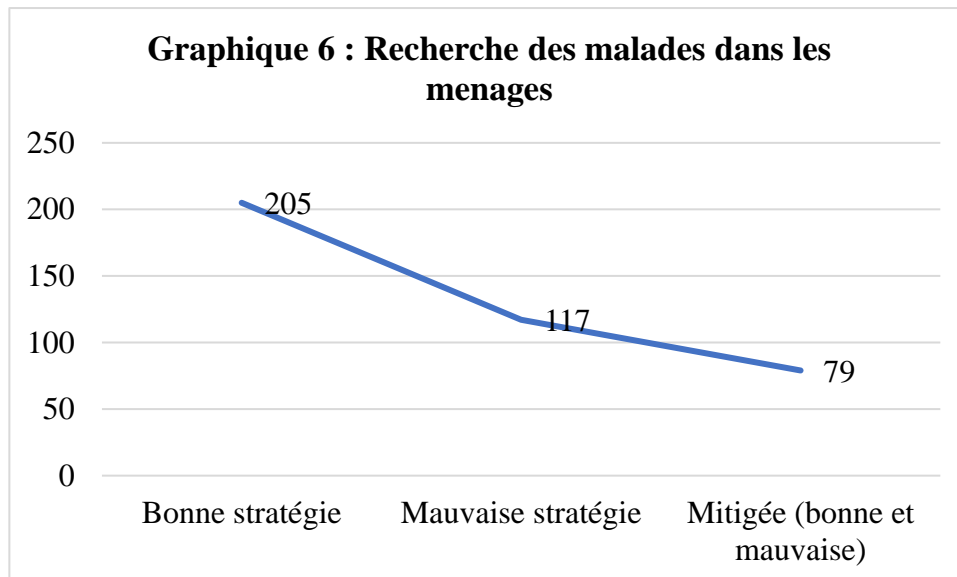
Appréciation	Informatrices		Soignants		Vainqueurs		Total	Pourcentage total
	Communautés	Pourcentage	Pourcentage	Pourcentage				
Bonne stratégie	69	34,3	103	65,2	33	78,6	205	51,1
Mauvaise stratégie	79	39,3	35	22,2	3	7,1	117	29,2
Mitigée (bonne et mauvaise)	53	26,4	20	12,7	6	14,3	79	19,7
Total	201	100,0	158	100,0	42	100,0	401	100,0

Source : construction à partir des données récoltées en 2022.

La différence des opinions est peu significative (69 et 79) dans la colonne « communautés ». Toutefois, la balance bascule du côté mauvaise stratégie que du côté bonne stratégie ($\chi^2 = 5,13$, ddl = 2, 1-p = 92,32%). Elle est très significative chez les soignants ($\chi^2 = 74,29$, ddl = 2, 1-p = >99,99%) et les « vainqueurs » ($\chi^2 = 39,00$, ddl = 2, 1-p = >99,99%) pour qui la balance penche du côté bonne stratégie. Le tableau devient plus intéressant en ce sens qu'il montre sans équivoque une convergence entre les experts de la

⁵⁴⁹ Des sources concordantes constituées des propriétaires et des chauffeurs ont confirmé cette information.

pratique (les survivants d’Ebola) et les experts d’étude (les soignants). Les membres de la communauté dépourvus de la théorie et de l’expérience croient que la recherche des malades dans les ménages est une mauvaise stratégie. Dans l’ensemble, la différence est très significative entre les trois modalités. Cela veut dire que les informateurs sont largement favorables à la stratégie visant à rechercher des malades dans leurs quartiers et ménages. Le graphique ci-après en donne une visualisation résumée.



Chez les soignants, l’acceptation de la stratégie « recherche des malades dans leurs ménages et quartiers » était motivée par le souci de sauver des vies humaines quel que soit l’environnement social. Quatre principales raisons soutiennent ce souci dans le camp des soignants interrogés. *Primo*, les gens se cachaient dans leurs maisons et ne voulaient pas, de ce fait, aller à l’hôpital pour se faire soigner (50 opinions). Soit les concernés pensaient souffrir d’autres maladies qu’Ebola, soit ils ne croyaient pas à l’existence d’Ebola, soit encore ils avaient la conviction qu’en allant aux soins ils en sortiraient morts. Face à cette situation, il fallait éviter des décès communautaires et les fuites des malades vers d’autres contrées. *Secundo*, il fallait arrêter la chaîne de contamination de la MVE (32 opinions) en évitant que les familiers et amis qui viennent rendre visite ne soient aussi contaminés. *Tertio*, il fallait poser un acte de charité envers les gens qui sont dans l’ignorance (11 opinions). *Quarto*, la recherche-active est normale dans la gestion des épidémies (6 opinions).

Chez les « vainqueurs », l’appréciation positive de cette stratégie est motivée par le même souci, celui de sauver des vies humaines. Néanmoins, deux raisons principales recoupant les deux premières chez les soignants justifient ce souci. La première est d’éviter de décimer

des familles et quartiers entiers à cause des malades qui se cachaient dans leurs domiciles (18 opinions). La seconde est de limiter la propagation de la maladie (18 opinions).

Ces deux raisons sont évoquées par les communautés respectivement avec 39 et 22 opinions en faveur. Concernant ces opinions, les communautés pensent que la recherche des malades dans les ménages créait la proximité avec les malades pour gagner la confiance et sensibiliser les masses (7 opinions). Elle aidait également les malades déjà affaiblis et sans moyens à se rendre dans des structures sanitaires (5 opinions).

Concernant les opinions rejetant cette logique d'action, que ce soit les communautés, les soignants ou les « vainqueurs » interrogés, les raisons principales se recourent en deux. *Primo*, ils estiment qu'il fallait laisser les gens se rendre librement dans les structures sanitaires comme cela se pratique d'habitude (22 opinions chez les communautés, 11 chez les soignants, 2 chez les « vainqueurs »). *Secundo*, le mode d'action consistant à rechercher les malades dans les ménages créait panique et frustration, et était considéré comme une chasse à l'homme. Cette conception caricaturale d'une partie de l'opinion locale présente le travail de la riposte un peu comme un chasseur qui poursuit son gibier pour lui donner la mort et non la vie (19 opinions chez les communautés, 7 chez les soignants, 4 chez les « vainqueurs »). Par ailleurs, 11 opinions chez les soignants et 25 chez les communautés reconnaissent qu'il y a eu des incompréhensions dues au manque ou à la faible sensibilisation. Chez les communautés, quelques autres raisons, et non les moindres, s'ajoutent : l'utilisation des policiers et soldats dans cette opération était perçue comme une tracasserie ou un forcing qui augmentait des suspicions (23 opinions), l'assimilation d'autres maladies à Ebola occasionnait des morts (12 opinions), le monnayage des cas suspects signalés torpillait les efforts (12), les agents de la riposte accusés d'intimider et d'être brutaux envers les bénéficiaires de leurs services (6 opinions), les gens qui partaient se faire soigner dans les CTE y mouraient (6 opinions), c'était une nouvelle pratique dans la contrée (4 opinions), etc.

Un autre mode d'action mis en place est celui de l'installation des tentes dans les quartiers.

II.1.3. Installation des tentes dans les quartiers pour la vaccination

Divers lieux de vaccination ont été identifiés. Il s'agit des structures sanitaires et des sites occasionnels dans les quartiers, parcelles et terrains de *football*. Ce sont ces derniers qui font objet de cette sous-section. Le tableau ci-après résume les avis des enquêtés à ce sujet.

Tableau 21 : Appréciation de l'installation des tentes en plein air

Informateurs	Communautés	Pourcentage	Soignants	Pourcentage	Vainqueurs	Pourcentage	Total	Pourcentage total
Installation des tentes dans les quartiers								
Bonne stratégie	112	55,7	96	61,1	34	81,0	242	60,5
Mauvaise stratégie	47	23,4	40	25,5	4	9,5	91	22,8
Mitigée (bonne et mauvaise)	42	20,9	21	13,4	4	9,5	67	16,8
Total	201	100,0	157	100,0	42	100,0	400	100

Source : construction à partir des données empiriques récoltées en 2022.

Les différences avec les répartitions de référence sont très significatives : $\chi^2 = 45,52$, $ddl = 2$, $1-p = >99,99\%$ pour les communautés, $\chi^2 = 58,10$, $ddl = 2$, $1-p = >99,99\%$ pour les soignants et $\chi^2 = 42,86$, $ddl = 2$, $1-p = >99,99\%$ pour les « vainqueurs ».

Cela signifie que toutes les trois couches interrogées sont en majorité favorables à la stratégie de l'installation des tentes dans les quartiers. Quatre raisons majeures plaident en faveur de cela : proximité pour gagner confiance et réduire la suspicion ($37^{550} + 10^{551}$ opinions pour les communautés, $12 + 2$ pour les soignants et 17 pour les « vainqueurs »), faciliter la vaccination et l'accès au vaccin ($29 + 3$ pour les communautés, $37 + 1$ pour les soignants), prévenir et limiter la propagation (13 pour les communautés, 6 pour les soignants et $9 + 4$ pour les « vainqueurs »), protéger le vaccin, le personnel et les personnes à vacciner contre les intempéries ($12 + 1$ pour les communautés, $16 + 3$ pour les soignants), continuer la sensibilisation ($6 + 2$ pour les communautés et 7 pour les « vainqueurs »).

Néanmoins, tous les sujets contactés n'ont pas été d'accord avec cette stratégie de l'installation des tentes dans les quartiers pour la vaccination. Voici les raisons majeures qui soutiennent la position de ceux qui n'ont pas été d'accord avec cette stratégie : On se vaccine habituellement dans les structures sanitaires ou sites de vaccination ($16^{552} + 3^{553}$ opinions pour les communautés, 17 chez les soignants et 4 pour les « vainqueurs »), créait panique et frustration ($6 + 9$ pour les communautés, $14 + 6$ chez les soignants), pour justifier l'argent car il y a Ebola business (4 pour les communautés), risque de contamination des habitants sains (4 pour les communautés) ; c'était étrange et nouveau (3 pour les communautés) et tentes soupçonnées d'être contaminées (3 opinions chez les soignants). En fait, plus de 250.000 cas

⁵⁵⁰ Le premier nombre (37) désigne les raisons de ceux qui estiment que la stratégie était bonne.

⁵⁵¹ Le deuxième nombre (10) désigne les raisons de ceux qui estiment que la stratégie était à la fois bonne et mauvaise, mais le nombre s'inscrit dans le versant bonne stratégie.

⁵⁵² Le premier nombre (16) désigne les raisons de ceux qui estiment que la stratégie était mauvaise.

⁵⁵³ Le deuxième nombre (3) désigne les raisons de ceux qui estiment que la stratégie était à la fois bonne et mauvaise, mais le nombre s'inscrit dans le versant mauvaise stratégie.

de contacts avaient été enregistrés durant le 10^{ème} épisode d’Ebola. 305.841 étaient éligibles à la vaccination. 303.905, soit 99,4%, avaient été vaccinés avec rVSV-ZEBOV-GP⁵⁵⁴. Le vaccin Ad26-ZEBOV/MAV-BN-FILO a, quant à lui, été utilisé seulement dans la zone de santé de Karisimbi entre le 14 octobre 2019 et le 10 avril 2020. Sur 20.339 personnes ayant reçu la première dose, seulement 9.560 ont reçu la seconde⁵⁵⁵.

Eu égard à ce qui précède, il y a lieu d’en tirer la synthèse ci-après.

II.1.4. Synthèse à retenir de ces différents modes d’actions

L’aperçu global de ces différents modes d’actions est présenté dans le tableau ci-après en termes d’opinions majoritairement favorables (V) et défavorables (X).

Tableau 22 : synthèse des logiques d’actions sur la recherche active

Modes d’actions	Cohorte de véhicules	Recherche des malades dans des villages et ménages	Tentes pour vaccination
Informateurs			
Communautés	X	X	V
Soignants	X	V	V
Vainqueurs	V	V	V

Source : déduction faite des tableaux 18, 19, 20 et 21.

Ce tableau montre que le mode opératoire « Cohorte de véhicules » est majoritairement refusé par les communautés et les soignants, mais majoritairement accepté par les « vainqueurs » ayant répondu au questionnaire. L’installation des tentes en plein air pour la vaccination est unanimement acceptée par la majorité de ces trois couches. La recherche des malades dans leurs ménages est récusée par les communautés mais acceptée par les « vainqueurs » et les soignants.

C’est au sein des communautés locales qu’il y a plus de refus. Ceci s’expliquerait par le fait que les répondants n’ont pas été victimes directes (malades) et n’ont pas assez d’informations en matière de santé. La prépondérance de l’acceptation chez les soignants s’expliquerait par le fait qu’ils ont des notions en matière de santé, surtout ils savent que les épidémies requièrent une gestion particulière. La majorité de « vainqueurs » estime que tous ces modes opératoires étaient bonnes. Cette position s’expliquerait par le fait que c’est grâce à ces modes d’actions qu’ils auraient été sauvés de la mort.

⁵⁵⁴ World Health Organization, *Ebola Virus Disease* (WHO, 23 June 2020), p. 6.

⁵⁵⁵ *Ibidem*.

Concernant les différentes justifications, deux constats ont été faits. *Primo*, une série de justifications du « oui » portent essentiellement sur l'objectif poursuivi qui est de sauver les vies humaines en coupant la chaîne de propagation dans les ménages et ou quartiers. *Secundo*, une autre série de justifications du « non » portent essentiellement sur les moyens ou méthodes à appliquer pour atteindre cet objectif. C'est ainsi que la panique et la frustration, le forcing, la brutalité et les intimidations en lieu et place de la forte sensibilisation et de la liberté d'accepter ou de refuser de se faire soigner, l'on se vaccine habituellement à l'hôpital, etc. sont pointés du doigt.

II.2. Riposte et lieux d'installation des services

Les équipes de la riposte et certains CTE ont fonctionné en dehors des bureaux et structures sanitaires. La coordination stratégique avait érigé son quartier général à l'Auberge, un hôtel d'un notable du milieu, au lieu de l'installer par exemple dans les enceintes de la DPS/Antenne de Butembo. Les sous-coordinations ont ouvert leurs bureaux ailleurs que dans les bureaux des zones de santé. Certains CTE ont été installés loin ou à l'extérieur des structures sanitaires habituelles.

Tableau 23 : Installation des CTE hors structures sanitaires

Informateurs	Vainqueurs	Soignants	Communautés	Total	Pourcentage total
CTE hors hôpitaux					
Bonne stratégie	35	123	125	283	71,5
Mauvaise stratégie	4	22	49	75	18,9
Mitigée (bonne et mauvaise)	3	11	24	38	9,6
Total	42	156	198	396	100,0

Source : construction à partir des données récoltées en 2022.

Les différences sont très significatives. Cela dit, l'institution des centres de traitement Ebola comme structures autonomes des structures sanitaires habituelles est acceptée par la majorité d'informateurs. L'acceptation majoritaire et le refus minoritaire de ce mode d'action sont justifiés par un certain nombre de raisons tel que présenté dans le tableau ci-après :

Tableau 24 : Justifications en faveur et en défaveur des CTE hors structures sanitaires

Installation des CTE hors hôpitaux	Justifications	Vainqueurs	Communautés	Soignants	Total	Pourcentage
Bonne stratégie	Minimiser contamination (nosocomiale) et confusion	28	80	86	194	68,8
	Maladie particulière, attention particulière	10	18	12	40	14,2
	Isolement est normal lors des épidémies	0	0	17	17	6,0
	Eviter que les malades cessent de fréquenter les hôpitaux	0	11	4	15	5,3
	Hôpitaux moins outillés et sans espaces suffisants	0	8	0	8	2,8
	Eviter de stresser d'autres malades	0	6	2	8	2,8
		38	123	121	282	100,0
Mauvaise stratégie	Création des CTE dans les hôpitaux	0	20	11	31	51,7
	CTE faisaient peur et étaient des mouiroirs/lieu de tueries	4	12	5	21	35,0
	Isolement marginalisait les malades	0	5	3	8	13,3
		4	37	19	60	100,0
Mitigé	Pour :					
	Minimiser contamination (nosocomiale)	3	11	5	19	76,0
	Maladie particulière	0	5	0	5	20,0
	Eviter que les malades cessent de fréquenter les hôpitaux	0	1	0	1	4,0
		3	17	5	25	100,0
	Contre :					
	Création des CTE dans les hôpitaux	1	2	0	3	23,1
	Installations de la riposte stressaient et faisaient peur	0	6	0	6	46,2
	CTE étaient des mouiroirs	0	2	0	2	15,4
	Isolement marginalisait malades	0	0	2	2	15,4
	1	10	2	13	100,0	

Source : Construction à partir des données récoltées en 2022.

Les tableaux 23 et 24 montrent que la justification du « oui » majoritaire est en adéquation avec l'objectif de la riposte contre l'épisode. Les structures sanitaires habituelles ne devaient pas servir de lieux de transmission et propagation de la maladie à virus Ebola. Ce faisant, la création des centres spéciaux pour traiter cette maladie était idoine en ce sens qu'elle permettait d'éviter les infections nosocomiales⁵⁵⁶ liées à Ebola. Par ailleurs, le « non » minoritaire est lié aux méthodes de travail et aux frustrations qu'entraînent pareilles maladies comme la limitation des visites aux malades.

L'acceptation majoritaire par les « vainqueurs » de la création des structures spécialisées mises à part peut s'expliquer par les expériences qu'ils ont vécues pendant qu'ils s'y séjournaient.

Tableau 25 : Vie dans les CTE selon les « vainqueurs »

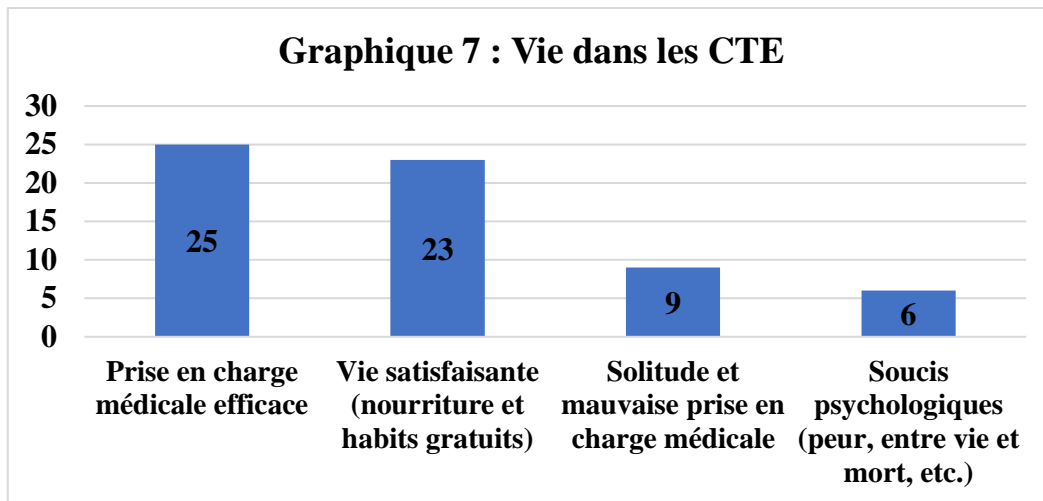
Modalités	Nombre de citations	Pourcentage
Prise en charge médicale efficace	25	58,1
Vie satisfaisante (nourriture et habits gratuits)	23	53,5
Solitude et mauvaise prise en charge médicale	9	20,9
Soucis psychologiques (peur, entre vie et mort, etc.)	6	14,0
Total Observations	43⁵⁵⁷	100,0

Source : Construction à partir des données récoltées en 2022.

La différence avec la répartition de référence est très significative. $\chi^2 = 17,70$, ddl = 4, $1-p = 99,86\%$.

⁵⁵⁶ Jérôme Reynier, *Dico de la santé et de l'action sociale*, Éd. actualisée et enrichie (Paris: Sup'Foucher, 2018), p. 171. Selon ce dictionnaire, l'infection nosocomiale est « l'infection contractée dans un établissement de santé, que ce soit au cours d'une hospitalisation, d'une consultation ou à l'occasion de tout acte médical pratiqué ».

⁵⁵⁷ Légende : Le nombre de citations est supérieur au nombre d'observations du fait de réponses multiples (3 au maximum).



Il ressort de ces tableau et graphique qu'en dépit des soucis liés à la crainte de mourir à tout moment et de la solitude (isolement) dans laquelle se trouvaient les malades, les « vainqueurs » disent que leur prise en charge dans les CTE était impeccable ou efficace, contrairement à ce qui se racontait par une certaine opinion dans la communauté.

La prise en charge médicale était au top, aux dires de la majorité de ces survivants d'Ebola. Les horaires pour la prise des médicaments étaient rigoureusement respectés. Les infirmiers et médecins faisaient régulièrement le tour des salles pour voir l'état d'évolution des malades alités. Toutefois, un bémol mérite d'être placé concernant cette opinion de la majorité de « vainqueurs » sur la prise en charge médicale. En fait, il est quasi-impossible de connaître la réalité médicale, qui nécessite une enquête médicale, dans une enquête sociopolitique comme celle-ci.

La prise en charge alimentaire a également été bien cotée par les « vainqueurs » qui mangeaient trois fois par jour (matin, midi et soir). Certains ont même affirmé qu'ils étaient mieux nourris au CTE qu'ils ne l'étaient chez eux à la maison. Le seul problème qu'ils éprouvaient était le manque d'appétit, surtout au début de la maladie. Vers la guérison par contre, l'appétit revenait. En plus, chaque malade indiquait le type d'aliments qu'il voulait manger. Tout se passait bien, en dépit de quelques soucis liés à la mauvaise qualité des haricots du Programme alimentaire mondial.

Quant à l'hygiène, chaque malade avait une chambre propre dotée des installations hygiéniques appropriées contenant une douche et une latrine privées. A ce sujet, tout était de loin mieux fait qu'il ne l'était au domicile de la plupart des malades. De même, les hygiénistes du service *Wash* affectés aux CTE nettoyaient journalièrement les chambres, au moins une fois, selon le besoin et l'état du malade.

Vu les conditions d'accueil et la prise en charge à l'intérieur des CTE, les perceptions des malades vis-à-vis de ces CTE ont changé. Ainsi, pendant que la communauté présentait les CTE comme des « mouirois » tenus par des agents sanitaires de mauvaise foi, les malades (rescapés d'Ebola) considéraient ces CTE comme des « vivifiants » tenus par des agents animés de bonne foi. Le seul espoir et rempart que les « vainqueurs » avaient au moment de leur hospitalisation reposait sur la « bonne foi » des agents sanitaires et le miracle « divin ». Bien plus, alors que les communautés locales présentaient les acteurs de la riposte comme des « chasseurs d'argent » par ce qu'on appelait *Ebola business*, les « vainqueurs » les présentaient comme des « sauveurs de vie ». Tout dépendait donc du côté où l'on se trouvait.

Les « vainqueurs » ont accepté, malgré eux, de séjourner dans les CTE. Par la suite, ils ont été convaincus par le travail des équipes qui y étaient déployées pour assurer leur prise en charge malgré le scepticisme qui régnait dans la société. Comme Courau le notait, les « CTE sont des zones d'exercice de certains droits exceptionnels sur les corps de ceux qui y sont internés, voire un espace de « plein droit » pour ceux à qui les grandes instances de l'ONU, dont l'OMS, en ont délégué la gestion »⁵⁵⁸.

La prise en charge psychosociale a également fonctionné dans les CTE. En fait, elle « est une approche visant à apporter une aide aux personnes en situation de détresse psychologique »⁵⁵⁹. Dans le cas précis d'Ebola, cette prise en charge psychosociale était capitale afin d'encourager les malades et « de diminuer la stigmatisation et l'auto-stigmatisation »⁵⁶⁰ qui étaient prêchées dans la région affectée. La peur et la frustration étaient grandes (cf. tableau n° 09) aussi bien chez les malades que dans les communautés locales. Un bon dispositif d'accueil, d'hébergement et la ration alimentaire ont aidé, autant que les conseils des sociologues et psychologues, à remonter le moral des patients. Les visites des amis aux patients, bien qu'en observance de la distanciation sociale, ont été réconfortantes tel que présenté dans le tableau ci-après.

⁵⁵⁸ H. Courau, *Ethnologie de La Forme-Camp de Sangatte. De l'exception à La Régulation* (Paris: éd. Des archives contemporaines, 2007), p. 14.

⁵⁵⁹ Union Européenne, 'Malnutrition et prise en charge psychosociale: la dimension de l'humain', 2019 <https://ec.europa.eu/trustfundforafrica/all-news-and-stories/malnutrition-et-prise-en-charge-psychosociale-la-dimension-de-lhumain_en>.

⁵⁶⁰ Ministère de la santé, 'Plan stratégique de riposte contre l'épidémie de la maladie à virus Ebola dans les Provinces du Nord-Kivu, Sud-Kivu et de l'Ituri, République Démocratique du Congo, 4ème édition (PSR-4.1), janvier-juin 2020, p. 29.' (RDC, 4ème édition (PSR-4.1), 2020), p. 29.

Tableau N° 26 : Visite ou non visite et sentiments y afférents

Sentiment par rapport à la visite	Visité au CTE				
	Réconfort	Honte	Abandon	Près de la mort	Total
Oui	35	4	-	1	40
Non	-	-	1	2	3
Total	35	4	1	3	43

Source : Construction à partir des données récoltées en 2022.

L'une des actions qui ont fait parler les gens pendant la riposte est la gestion sécuritaire de celle-ci.

II.3. La gestion sécuritaire de la riposte

Dans les habitudes, les structures sanitaires ne sont pas militarisées ou mieux sécurisées par des militaires et policiers. C'est souvent des gardiens civils non armés, appelés localement sentinelles ou agents des sociétés de gardiennage, qui montent la garde devant les structures sanitaires. La gouvernance de la riposte contre Ebola a rompu avec cette habitude en recourant aux militaires et policiers. En fait, l'environnement politique et sécuritaire est délétère dans la région de Beni où l'Etat est concurrencé par d'autres acteurs infraétatiques et transétatiques qu'il ne parvient pas à maîtriser. Cette logique d'action n'a pas manqué de susciter des réactions. Le tableau ci-après nous en donne la synthèse de la perception de cet aspect.

Tableau 27 : Perception de la militarisation de la riposte

Informateurs	Militarisation riposte							Pourcentage Total
	Communautés	Pourcentage	Soignants	Pourcentage	Vainqueurs	Pourcentage	Total	
Normal	109	54,2	85	53,5	29	74,4	223	55,9
Anormal	92	45,8	74	46,5	10	25,6	176	44,1
Total	201	100,0	159	100,0	39	100,0	399	100,0

Source : construction à partir des données récoltées en 2022.

La colonne des réponses des communautés ($\chi^2 = 1,44$, ddl = 1, 1-p = 76,95%) et celle des soignants ($\chi^2 = 0,76$, ddl = 1, 1-p = 61,70%) montrent que la différence avec la répartition de référence n'est pas significative. Ceci signifie que les différences observées sont faibles, donc liées aux fluctuations du hasard. Autrement dit, concernant la militarisation de la riposte, les communautés et les soignants sont écartelés entre la normalité et l'anormalité de ce mode d'action. Néanmoins, les « vainqueurs » marquent la différence. Pour eux, la militarisation de la riposte est normale étant donné que la différence avec la répartition de référence est très significative ($\chi^2 = 9,26$, ddl = 1, 1-p = 99,77%). Dans l'ensemble, la majorité des répondants trouve normal de militariser les CTE vu le contexte sécuritaire. Ainsi, les différences chez les communautés et chez les soignants, bien que non significatives en vertu des principes de base des calculs de probabilité, n'en sont pas moins réelles.

Les raisons qui plaident pour et contre la militarisation de la riposte sont multiples. Pour la majorité des « vainqueurs », la militarisation de la riposte est justifiée par une raison. Les policiers et militaires devaient prévenir et lutter contre les attaques à l'encontre des agents déployés sur terrain et des installations et sites de la riposte (34 opinions). La minorité des « vainqueurs » qui est contre cette militarisation justifie sa position par quatre raisons. *Primo*, le manque de confiance entre les différents partenaires et le manque d'implication de certains acteurs sont évoqués (4 opinions). Les différents partenaires sont en l'occurrence la population, les prestataires sanitaires locaux et les équipes venues d'autres coins du pays et de l'extérieur du pays. *Secundo*, le dispositif militaire faisait peur et cachait quelque chose de louche (4 opinions) surtout dans le CTE. En fait, comme il s'agit des CTE, un mot sur la rumeur de l'amputation des organes humains mérite d'être placé. ...

Encadré N° 3 : Rumeurs sur l'amputation des organes humains

Il était raconté que les étrangers travaillant pour la riposte sont venus dans un commerce de trafic d'organes humains. Pour couvrir ce forfait, il fallait inhumer les gens décédés sans les montrer aux leurs en les enveloppant dans des sacs mortuaires car il fallait éviter que les curieux découvrent cette pratique éhontée. A partir de ces rumeurs, certains téméraires rouvraient le cercueil pour vérifier si les organes n'étaient pas amputés. Mais aucun cas d'amputation n'a été détecté. Au contraire, nombreux de ces téméraires sont décédés après avoir été contaminés.

Tertio, le domaine sanitaire est neutre et apolitique (3 opinions). Il est donc anormal que les structures à vocation sanitaire, spécialisées soient-elles, soient gardées par des militaires. *Quarto*, la politisation et le doute sur l'existence de la maladie (2 opinions) est la dernière raison du rejet par les « vainqueurs » de la militarisation de la riposte.

Les « vainqueurs » ont vécu dans les CTE. Ils rendent témoignages de ce qu'ils ont vu lors des attaques contre les installations de la riposte dont les CTE de l'ITAV/Butembo et

de Kirimavolo, des CT de Katwa hébergé dans les enceintes de l'HGR, etc. Le dispositif militaire leur a permis de ne pas trouver la mort dans ces attaques. Nous y reviendrons.

Chez les communautés et les soignants, deux raisons communes justifient l'acceptation de la militarisation de la riposte. La première est de prévenir et sécuriser la riposte (installations et équipes) contre les attaques armées et civiles (respectivement 89 et 65 opinions). La seconde raison commune aux deux c'est de permettre aux équipes de travailler dans la tranquillité (respectivement 4 et 3 opinions).

Les communautés et les soignants interrogés ont un chapelet de justifications du rejet de la militarisation de la riposte tel que le tableau ci-après le démontre.

Tableau 28 : Raisons de l'anormalité de la militarisation de la riposte

Justifications	Répondants			
	Soignants	Communautés	Total	Pourcentage total
Population, soignants et malades ont peur des militaires. Leur place c'est au front pour arrêter massacres	13	23	36	23,7
Accentuait doutes et soupçons sur équipes (opacité et mercenariat)	10	24	34	22,4
Domaine sanitaire est neutre/ sans armes	10	12	22	14,5
Antagonisme créé par la mauvaise sensibilisation au début	10	4	14	9,2
Stratégie étrange, nouveau dans la région	4	10	14	9,2
Imposer aux résistants d'accepter la riposte (forcing)	8	5	13	8,6
Doute sur l'existence d'Ebola (complot), non appropriation de la riposte par population	4	4	8	5,3
Riposte a été perçue comme une guerre contre la population	6	0	6	3,9
Contexte local ne le permettait pas (guerre, abandon)	3	1	4	2,6
Surabondance d'argent	0	1	1	0,7
	68	84	152	100

Source : construction à partir des données récoltées en 2022.

Dans certaines contrées et ou sites, la militarisation de la riposte a précédé les attaques ; dans certains autres, les attaques ont précédé la militarisation. Par-delà toutes les justifications pour ou contre la militarisation de la riposte, il y a trois situations qui l'ont justifiées. La première tenait au fait que la zone affectée était (est encore) en proie aux massacres des populations depuis le 02 octobre 2014. La seconde tenait au fait que certaines contrées affectées par Ebola étaient sous contrôle des groupes armés. La troisième tenait au fait que des groupes de pression pullulaient dans la contrée pour réclamer l'organisation des

élections et le départ du pouvoir du Président de la République Joseph Kabila. La plupart de ces groupes avaient des candidats députés à soutenir dans leurs fiefs respectifs. D'ailleurs, certains de leurs fiefs étaient inaccessibles aux autorités politico-administratives et aux agents de l'ordre. A Butembo par exemple, la Véranda Mutsanga a fait élire deux députés, le Parlement débout de Furu un député, les jeunes patriotes ont aidé à faire élire un autre député. La LUCHA a soutenu un député en ville de Beni. La zone étant insécure, les équipes devaient s'assurer que leur sécurité était garantie pour aller sur terrain et revenir saines et sauvées. Plus de 300 incidents ont été rapportés⁵⁶¹.

Ce contexte a justifié la sécurisation des équipes et de leurs installations par les différents forces militaires et groupes armés qui y opèrent. D'une part, des casques bleus, des militaires et des policiers ont sécurisé ces équipes dans les grandes agglomérations où les groupes armés étaient absents. En fait, il fallait craindre l'infiltration de ces groupes et la constitution de bandes criminelles pouvant déstabiliser l'action de la riposte dans les agglomérations contrôlées par les forces régulières. D'autre part, elles ont été sécurisées par des groupes armés dans certains villages où ceux-ci exerçaient un contrôle réel. D'autre part encore, les équipes et les installations de la riposte ont été sécurisées par des groupes de pression dans certains de leurs fiefs hostiles aux agents de l'ordre. En fait, un certain anarchisme règne dans certains coins de Butembo dont Mutsanga et Furu. Dans ces coins, l'autorité publique est moins obéie ou crainte que les groupes de pression et leurs meneurs. Parfois ces deux derniers adoptent une attitude insurrectionnelle⁵⁶², voire rebelle, contre les pouvoirs publics.

Concernant les groupes armés, les répondants aux questions ont remarqué le rôle joué par ces groupes.

Tableau 29 : Connaissances sur la sécurisation des équipes de la riposte par les groupes armés

	Soignants	Communautés	Total	Pourcentage
Oui	73	89	162	46,8
Non	13	76	89	25,7
Ne sais pas	74	21	95	27,5
	160	186	346	100,0

Source : Construction à partir des données récoltées en 2022.

Ce tableau montre que 46,8 % des répondants ont eu des informations, soit comme témoins directs soit comme témoins indirects, sur la collaboration entre les équipes de la riposte

⁵⁶¹ Le Monde avec AFP, 'Ebola En RDC : 300 Attaques, Dont Six Mortelles, Contre Des Agents de La "Riposte"', *Le Monde Afrique*, 5 November 2019 <disponible sur <https://www.lemonde.fr/afrique/article/2019/11/05/>> [accessed 22 April 2023].

⁵⁶² René Berthier, *Une brève histoire de l'anarchisme*, La propagande par l'idée (Paris: les Éditions du 'Monde libertaire', 2021), pp. 37–45.

et les groupes armés. Les contrées dans lesquelles cette collaboration aurait eu lieu ont été citées par ces mêmes répondants. Leurs informations corroborent, à quelques différences près, ce qui a été récolté auprès des responsables des structures sanitaires et des agents directs de la riposte contre le dixième épisode d’Ebola en RDC. Les contrées citées sont : Kalunguta, Mabalako, Mambale, Irango, Ngazi, Cantine, Musenge, Mause, Biakato, Kanyihunga, Mataba, Vuhovi, Masereka, Masumo, Maboya, Kalau, Kabasha, Lisasa, Kiregha, Vusamba, Mangolyo et Pabuka. Ces milieux sont essentiellement ruraux. Des groupes de pression ont beaucoup plus servi dans les milieux urbains tandis que des forces armées de la RDC, des casques bleus et des policiers servaient aussi bien en milieux urbains qu’en milieux ruraux.

Quelle que soit la position vis-à-vis de la militarisation de la riposte (cf. tableau 27), les répondants sont attachés au principe de la neutralité des milieux et activités sanitaires et ou humanitaires. Ce faisant, si l’on regroupe les modalités qui viennent en 2^{ème}, 3^{ème}, 4^{ème} et 7^{ème} positions, c’est la *sécurisation communautaire* ou *populaire* ou encore *civile*, au détriment de celle militaire, qui servirait davantage comme le tableau ci-après le démontre.

Tableau 30 : Alternatives à la démilitarisation de la riposte

Répondants	Soignants	Communauté	Total	Pourcentage
Alternatives à la démilitarisation				
Milieux hospitaliers neutres (sans armes)	117	29	146	44,5
Sociétés privées de gardiennage	4	72	76	23,2
Leaders locaux et RECO	2	69	71	21,6
Groupes de pression	7	13	20	6,1
<i>Maïmaï</i>	3	5	8	2,4
Aucune alternative	6	0	6	1,8
Population elle-même	0	1	1	0,3
Total	139	189	328	100,0

Source : Construction à partir des données récoltées en 2022.

Afin d’assurer la sécurité des sites et des équipes de la riposte, il fallait responsabiliser des sociétés privées de gardiennage, les leaders locaux et les relais communautaires (RECO). Deux principales raisons soutiennent cette position. La première tient au fait que dans la contrée sous étude les sociétés privées de gardiennage ne détiennent pas d’armes à feu. Par conséquent, elles ne font pas peur à la population, aux soignants et aux malades. La seconde raison est due au fait que les leaders locaux et les RECO sont bien connus, acceptés, compris et vivent dans la région. Ils inspirent confiance mieux que quiconque car ils

ne sont pas armés et n'ont pas d'ambitions politiques. Les groupes de pression et les groupes armés comme les *maimai* ne s'en sortent pas légitimés. Ils sont considérés comme des pyromanes et sapeurs-pompiers à la fois. Ils sont capables de collaborer la journée avec la riposte et le soir de conspirer contre les activités de la riposte. Un peu plus haut, il a été mentionné que des groupes armés se sont attaqués aux agents, activités, installations et engins de la riposte. Dans certaines zones, les groupes de pression s'étaient érigés en barrière contre des activités de la riposte. En effet, ils étaient écartelés entre se faire accepter pour gagner l'électorat et dire la vérité sur l'existence et le travail de la riposte dans une communauté où les gens sont divisés entre pro et contre riposte. En fait, ces groupes de pression sont créés par des politiciens. Presque chaque groupe a présenté des candidats aux élections de 2018 et 2023. Certains de ces groupes de pression ont réussi à faire élire les leurs soit comme députés provinciaux, soit comme députés nationaux comme cela a été dit précédemment. Mais cette réalité n'est valable qu'en ville de Butembo et légèrement dans celle de Beni.

Il paraît incompréhensible de constater que la riposte a travaillé à la fois avec le gouvernement et les groupes armés alors que les deux étaient censés être en antagonisme. En fait, c'est cela la réalité locale. A certains moments, il y a une sorte de tolérance et ou de cohabitation entre les deux entités. A certains autres moments, la tension peut monter d'un cran au point d'assister à des attaques ou affrontements mutuels.

II.4. Gestion de la pension alimentaire

Le Programme alimentaire mondial (PAM) qui gère le volet alimentaire avait mis en place une stratégie d'achat des aliments sur les marchés étrangers. Ces aliments étaient destinés aux « vainqueurs », aux vaccinés, aux cas contacts en observation et aux agents de la riposte⁵⁶³. Le tableau suivant donne le résumé de la perception des enquêtés sur ce mode d'action.

⁵⁶³ Chaque guéri d'Ebola recevait un lot d'habits et un kit d'aliments constitué de riz, de haricots, d'huile, etc. A la fin de chaque mois, les agents qui travaillaient pour la riposte dans les CTE recevaient le même kit d'aliments.

Tableau 31 : Perception sur l'approvisionnement en nourriture

Importation aliments \ Répondants	Communauté	Soignants	Vainqueurs	Total	Pourcentage total
Bonne stratégie	27	35	13	75	18,9
Mauvaise stratégie	134	83	25	242	61,0
Mitigée (bonne et mauvaise)	39	38	3	80	20,2
Total	200	156	41	397	100,0

Source : Construction à partir des données empiriques de 2022.

La différence avec la répartition de référence est très significative étant donné que les $\chi^2 = 103,09$, ddl = 2, 1-p = >99,99% dans la communauté ; $\chi^2 = 27,81$, ddl = 2, 1-p = >99,99% chez les soignants ; $\chi^2 = 17,76$, ddl = 2, 1-p = 99,99% chez les « vainqueurs ». Ceci dit, chaque catégorie de répondants est défavorable à la stratégie d'importation des aliments par le PAM. Les raisons y afférentes sont multiples.

Tableau 32 : Justifications du rejet de l'importation alimentaire

Répondants	Communauté	Soignants	Vainqueurs	Total	Pourcentage
Raisons du rejet de l'importation des aliments					
Achat local crédibiliserait (confiance) la riposte et soutiendrait économie locale	77	45	18	140	44,7
Suspensions sur la qualité des aliments importés : OGM, odeur, pourriture, contamination, cuisson difficile	57	46	8	111	35,5
Population aime nourriture bio produite localement et n'aime pas la dépendance à l'aide considérée comme corruption morale	13	9	0	22	7,0
Ebola Business (vendre produits des blancs, justifier argent, détournement)	14	2	0	16	5,1
Fallait achats locaux appuyés par achats extérieurs	5	5	2	12	3,8
Fallait expliquer les raisons de l'importation des aliments	1	4	0	5	1,6
Appauvrir et tuer davantage la population locale	2	1	1	4	1,3
Certaines quantités détournées par agents	1	1	1	3	1,0
Total	170	113	30	313	100,0

Source : Construction à partir des données empiriques de 2022.

A vrai dire, les deux premières modalités se recoupent. Comme indiqué dans le tableau 15, une bonne partie de répondants n'a pas confiance aux organismes internationaux. Il aurait été donc imprudent de confier la gestion directe de ces aliments au PAM. Des rumeurs diabolisant les aliments du PAM ont été nombreuses. Pour les unes, ce sont des aliments génétiquement modifiés alors que localement les gens pensent qu'ils mangent uniquement des aliments bio, cultivés dans des conditions supposées naturelles. Pour les autres, ces aliments ont longtemps traîné dans des entrepôts. De ce fait, ils seraient périmés au vu même des odeurs qu'ils dégageraient. Certains des répondants ont affirmé que la cuisson des haricots était parmi les tâches les plus difficiles à réaliser. Ces haricots auraient également constipé leurs consommateurs.

Ainsi, les donner aux populations locales n'était pas perçu comme un acte de charité, mais plutôt comme un moyen pour écouler ces produits qui seraient pourtant nuisibles à la santé humaine. Ce faisant, ce serait pour des raisons commerciales et non humanitaires que ces aliments étaient offerts comme ce que disait Glukman : « le gouvernement [ici le Programme Alimentaire Mondial] prend son peuple en otage, l'affame, inonde le monde de photos terribles et réclame de l'argent »⁵⁶⁴. Pour résister à ce comportement, les contestataires de cette importation croient à la nourriture locale et aimeraient « manger local, et bio ».

Malheureusement pour le PAM, c'est dans ce contexte que sur les quatre cargaisons soumises au laboratoire de l'Office Congolais de Contrôle (OCC) au compte de la riposte, une, la dernière, a été déclarée impropre à la consommation humaine en mi-février 2020. L'interception de cette cargaison de 280 tonnes et les tiraillements entre l'OCC et le PAM avaient conforté ces rumeurs et avaient davantage envenimé la collaboration. En fait, le PAM avait essayé de s'opposer aux résultats fournis par l'OCC agence de Butembo. La commission urbaine de destruction des déchets et des produits avariés s'était invitée pour inspecter cette cargaison dans les entrepôts du PAM. Le 18 février, ce dernier s'était opposé évoquant les immunités dont jouissent ses locaux, agents et biens. Le PAM avait invité cette commission à demander l'autorisation auprès du ministre des affaires étrangères et de la coopération avant de fouler ses pieds dans les entrepôts du PAM. Dans l'entretemps, le PAM a adressé un recours à la direction générale de l'OCC demandant une contre-expertise. Par ailleurs, les radios et télévisions locales s'étaient emparées du dossier. La population, les politiciens, la société civile, les groupes de pression et les mouvements citoyens voulaient voir l'incinération s'opérer dans l'immédiat. Dans une correspondance signée le 23 mars, le directeur général de l'OCC a confirmé les résultats de l'agence de Butembo en précisant que ce riz contenait une substance nocive d'*Escherichia coli*. Le 25 avril 2020, la cargaison est finalement incinérée à Matembe, banlieue située à l'ouest de la ville de Butembo, aux frais du PAM. Cette façon d'agir a été perçue comme un moyen pour la riposte (PAM) de montrer qu'elle peut s'imposer au détriment de la population locale. Et, ce, pour conserver et consolider ce que Stéphanie Nixon appelle privilège (avantages) basé sur un système d'inégalités (*coin*) et consacrant l'oppression (désavantages)⁵⁶⁵ des moins placés. Les résultats de ce ping-pong montrent que la vigilance

⁵⁶⁴ André Glucksmann and Thierry Wolton, *Op. cit.*.

⁵⁶⁵ Stephanie A. Nixon, 'The Coin Model of Privilege and Critical Allyship: Implications for Health', *BMC Public Health*, 19.1 (2019), 1637 <https://doi.org/10.1186/s12889-019-7884-9>.

citoyenne a changé les rapports de force, et que tous les soupçons jadis exprimés se seraient avérés.

Quatre raisons évoquées par la minorité de répondants favorables à la stratégie d'importation des aliments sont également à scruter. *Primo*, le marché local ne répondrait pas à la demande si les aliments étaient achetés localement (35 opinions). L'achat de ces tonnes d'aliments sur le marché local entraînerait une carence et, par ricochet, une flambée des prix. Ce qui aggraverait davantage la méfiance envers la riposte. Par ailleurs, l'octroi du contrat de fourniture des produits vivriers et non vivriers de la riposte à certains commerçants pouvait entraîner un nouveau conflit entre commerçants locaux. Par ailleurs, pour satisfaire la riposte, eux-mêmes recourraient à l'importation des aliments. Ce qui reviendrait au même. *Secundo*, les malades, les « vainqueurs » et les contacts avaient besoin de cette nourriture (31 opinions) peu importe sa provenance. Les malades, alités loin de leurs familles, devaient manger quotidiennement. Les « vainqueurs », affaiblis par la maladie, devaient avoir un temps de repos avant de reprendre leurs activités routinières. Ceux des « vainqueurs », engagés par la riposte, devaient également être nourris pendant qu'ils travaillaient. Les cas contacts en observation devaient recevoir un kit alimentaire pouvant leur permettre de rester en *standby* pour ne pas être tentés d'aller se débrouiller au risque d'exposer la communauté tout entière. *Tertio*, cette minorité favorable à l'importation des vivres et non vivres estime que les achats locaux exposeraient les agents du PAM ou d'autres agents commis à cette cause à la contamination (12 opinions). Autrement dit, les agents chargés de nourrir ces nécessiteux devaient éviter au maximum possible le contact direct et permanent avec la population locale pour ne pas s'exposer à la contamination. *Quarto*, les répondants favorables à l'importation estiment que ces achats auraient permis d'éviter la fraude massive, dans les factures, qui se ferait lors des achats locaux (2 opinions).

Face à ces modes d'actions, la population a développé des mécanismes pour se maintenir, s'adapter et influencer la gouvernance de la riposte en sa faveur.

Chapitre III : Mécanismes de résilience et leur impact dans la lutte contre le 10^{ème} épisode de la MVE

Ce chapitre aborde les mécanismes de résilience (III.1.), c'est-à-dire la manière par laquelle les populations (communautés) locales ont essayé de résister et de se remettre du choc en dénonçant ce qui, à leurs yeux, a mal fonctionné et en saisissant les opportunités offertes par l'appareil chargé de lutter contre le 10^{ème} épisode de la MVE. Cette lutte de dénonciation menée localement a produit des effets qui ont permis à cet appareil de corriger et réadapter ses logiques (III.2.) afin de lutter efficacement contre cet épisode.

III.1. Mécanismes de résilience dans la lutte contre le 10^{ème} épisode de la MVE

Nous sommes d'avis avec Juliette Rennes qu' « il n'existe guère de mobilisation sans dimension argumentative, ni d'argumentation publique sans acteurs mobilisés »⁵⁶⁶. Le chapitre précédent a mobilisé les arguments favorables ou défavorables aux différentes logiques d'actions mises en place par la gouvernance de la riposte. La présente section mobilise ce que Charles Tilly appelle un répertoire d'actions collectives. Ce répertoire désigne « des formes routinisées (manifestation, réunion publique, pétition, grève,...) qui n'excluent pas d'infinies variations »⁵⁶⁷. Il est utilisé par des individus, des groupes de différentes natures pour agir ou réagir généralement à l'action de l'Etat et ses partenaires. Ce répertoire peut prendre plusieurs formes, si l'on s'en tient au concept de politiques du conflit⁵⁶⁸ déjà étayé, à savoir : la forme violente et la forme non violente. Chaque forme contient une pluralité de variantes. Les méthodes violentes vont de l'émeute à des guerres. Pour leur part, Gene Sharp *et al.* identifient, sans être exhaustifs, 198 méthodes d'action non-violente qu'ils résument en trois grandes catégories : protestation et dissuasion, non-coopération et intervention non-violente⁵⁶⁹.

⁵⁶⁶ Juliette Rennes, 'Les Formes de La Contestation. Sociologie Des Mobilisations et Théories de l'argumentation:', *A Contrario*, n° 16.2 (2011), 151–73 (p. 151), <https://doi.org/10.3917/aco.112.0151>

⁵⁶⁷ Jean-François Dortier, *Le dictionnaire des sciences sociales*, La petite bibliothèque des sciences humaines (Auxerre: 'Sciences humaines' éd, 2013), p. 310.

⁵⁶⁸ Tilly and Tarrow.

⁵⁶⁹ Gene Sharp and others, *La lutte nonviolente: pratiques pour le XXI^e siècle* (Montréal (Québec) [Escalquens]: les Éditions Écosociété DG diffusion, 2015), pp. 49–59.

Sur ce, deux grands mécanismes de résilience ont été développés pendant la lutte contre le dixième épisode d’Ebola, à savoir : la politique du conflit et les efforts d’accéder ou de bénéficier des avantages de la riposte.

III.1.1. Politique du conflit dans la lutte contre le dixième épisode d’Ebola

Pour survivre et conserver les acquis certaines personnes ont choisi de s’attaquer aux équipes de la riposte pour manifester.

III.1.1.1. Attaques et manifestations

Le tableau 15 et le graphique N°5 évoqués en introduction de la troisième partie montre clairement que les uns ont choisi la voie de la violence (vandalisme, attaques armées, manifestations, etc.) et les autres celle pacifique (manifestations et résistance passive) contre le travail de lutte contre le dixième épisode de la MVE. Leur réflexion était simple : « comme l’organisation de la riposte a choisi de nous exterminer, nous devons résister par tous les moyens possibles y compris les attaques armées »⁵⁷⁰. Pour rappel, les causes des attaques et manifestations sont selon l’ordre d’importance les suivantes : Soupçons de perpétuer les massacres en cours dans la région ; Ignorance ; Manque de confiance dans les organismes internationaux et les étrangers ; Recherche du travail et gratifications (argent, cadeau, reconnaissance d'existence, envie des riposteurs, etc.) ; Manque de confiance en l'Etat congolais ; Corriger les failles enregistrées à mi-parcours ; Mauvaise sensibilisation de la communauté, culture locale négligée, avis de la famille négligé dans la prise en charge ; Discrimination salariale entre locaux et allochtones ; recrutement en faveur des allochtones ; Nombre de morts élevé.

Par ailleurs, les répondants estiment que la communauté avait été mal sensibilisée, que la culture locale a été négligée et que les avis des familles affligées ont été négligés dans la prise en charge des malades. C’est ce qui justifierait également les attaques contre les équipes des enterrements dignes et sécurisés (EDS) comme le tableau ci-après le démontre.

⁵⁷⁰ Ceci est ressorti dans plusieurs questionnaires.

Tableau 33 : Causes des attaques des équipes de l'EDS

Répondants Modalités	Nombre de citations par modalité et par répondants (fréquences et pourcentages)							
	Communauté	Pourcentage	Soignants	Pourcentage	Vainqueurs	Pourcentage	Total	Pourcentage total
Voir si le corps du défunt est dans le cercueil	136	66,7	87	52,7	30	69,8	253	61,4
Non-respect de la culture locale	136	66,7	66	40	28	65,1	230	55,8
Remise en cause ou déni d'Ebola	39	19,1	11	6,7	6	13,9	56	13,6
Contestation de la mauvaise gestion de la riposte	22	10,8	14	8,5	4	9,3	40	9,7
Habillement inhabituel dans le milieu, émotions de voir les proches mourir loin des leurs	4	2,0	-	-	-	-	4	1,0
Peur du sac mortuaire et lutte contre Ebola business	-	-	3	1,8	-	-	3	0,7
Ignorance et accusation d'avoir amené Ebola	-	-	-	-	2	4,6	2	0,5
Total	337/204	204 = 100 %	181/165	165 = 100 %	70/43	43=100%	588/412	100,0

Source : Construction à partir des données empiriques de 2022.

La différence avec la répartition de référence est très significative. Pour la communauté, $\chi^2 = 241,83$, ddl = 5, $1-p = >99,99\%$.

Pour les soignants, $\chi^2 = 157,43$, ddl = 5, $1-p = >99,99\%$. Pour les « vainqueurs », $\chi^2 = 54,29$, ddl = 5, $1-p = >99,99\%$.

Légende : Le nombre de citations est supérieur au nombre d'observations du fait de réponses multiples (3 au maximum).

En fait, les équipes chargées des enterrements dignes et sécurisés étaient parfois la cible d'attaques armées et civiles. Des rumeurs de tout genre se répandaient dans la société. Il fallait dès lors que les téméraires⁵⁷¹ s'assurent que le corps est dans le cercueil et qu'il contient tous ses organes. Ils voulaient également voir les traces des saignements sur le corps pour s'assurer que c'était réellement suite à Ebola que la personne est décédée. Dans cette inspection ou vérification, la surprise, désagréable pour les instigateurs, était de voir le corps du *de cuius* emballé dans un sac mortuaire. Ce dernier était inconnu dans le milieu. En fait, dans les habitudes locales, le corps du *de cuius*, vêtu en mode des vivants et couvert de drap et d'un *blanket*, est déposé dans le cercueil avant d'être enterré. Pendant la riposte, le corps du *de cuius* était conditionné comme d'habitude. Mais, en plus, il devait être mis dans le sac mortuaire, pour raison de biosécurité, avant d'être déposé dans le cercueil pour enterrement. L'introduction du sac mortuaire dans la conservation du corps a été perçue comme un signe de manque de respect aux personnes décédées. Il leur fallait dès lors se battre pour que le défunt ne soit pas enterré dans ce sac.

Un autre élément d'incompréhension résidait au niveau du lavage des corps avant tous ces protocoles liés à l'habillement. Ceci s'est plus observé lors des décès communautaires⁵⁷². Des imprudents prenaient le courage de laver des cadavres des personnes décédées d'Ebola. Quelques cas ont été recensés dont le plus emblématique est celui d'un jeune décédé d'Ebola à son domicile à Bwinongo en avril 2019. Plus de quinze jeunes sont décédés après avoir pris le courage de laver le corps de leur ami.

Dans les rites d'enterrement, la religion joue un grand rôle. Chacun veut être enterré par son Pasteur/Prêtre. Un culte pour accompagner le *de cuius* doit être organisé soit à son domicile soit dans un édifice religieux. Lorsque le corps quitte la morgue, il est soit directement conduit à son domicile avant l'office religieux, soit il commence à l'église, transite par le domicile avant d'être déposé au cimetière. A l'occasion du culte ou de la messe, les amis et connaissances doivent témoigner des vertus et bienfaits du défunt. Avant d'aller au cimetière, le corps doit être exposé pour les derniers hommages afin que les participants viennent le voir. C'est aussi une occasion pour ceux qui ressentent le chagrin de pleurer car c'est une façon pour eux de se libérer de l'angoisse. La « solennisation des funérailles », la consolidation de « divers liens entre les deuilés et les membres de la communauté en général », et la résorption « autant

⁵⁷¹ La témérité tient au fait que des amis prennent le courage d'ouvrir le cercueil contenant le corps du défunt en dépit de tous les discours qui montrent que ce corps peut contaminer plusieurs personnes et entraîner des décès. C'est cette insouciance due au déni de la maladie qui constitue cette témérité.

⁵⁷² Ils désignent les décès survenus en dehors des structures sanitaires.

que possible des malentendus existant au sein de la famille du défunt en particulier »⁵⁷³ n'ont plus été au rendez-vous. Ebola a mis fin à tous ces rituels parce qu'il fallait éviter des attroupements susceptibles de propager la maladie dans la société. Cette situation avait suscité des inquiétudes et interrogations qui ne faisaient que jouer en faveur de la diabolisation de la riposte.

Les contestateurs ne voyaient plus Ebola comme source de toutes ces privations. Pour eux, c'est une nouvelle méthode pour assujettir les populations locales, les soumettre à un nouvel ordre mondial voulant uniformiser les modes de vie. Ce faisant, il fallait résister à cet assujettissement qui est vu comme du néo-colonialisme ayant également affecté la gestion de la restauration. Il fallait activer le levier des rumeurs pour essayer de survivre contre les méfaits de la riposte.

Nous avons déjà parlé des catégories de rumeurs dans les chapitres précédents pour montrer leur rôle dans la compréhension caricaturale de la MVE. Nous n'allons plus y revenir. Néanmoins, dans le point suivant nous essayons d'identifier leur provenance.

III.1.1.2. Provenances ou sources des rumeurs

Il s'agit d'identifier ceux ou celles qui ont été à l'origine de ces rumeurs répandues dans les communautés locales. Selon l'ordre d'importance, neuf propagateurs/propagatrices ont été identifié(e)s par les personnes interrogées.

Tableau 34 : Propagateurs des rumeurs

Informateurs Provenances des rumeurs	Communautés	Soignants	Vainqueurs	Total	Pourcentage
Des familles ayant perdu les leurs dans Ebola	120	92	19	231	36,1
Des groupes de pression	95	39	7	141	22,0
Des politiciens en quête d'électorat	72	29	5	106	16,6
De certains agents de la riposte	45	14	3	62	9,7
Du personnel soignant local	42	17	1	60	9,4
Des groupes rebelles <i>mai-mai</i>	22	6	3	31	4,8
De la communauté (population)	3	1	3	7	1,1
De la méthode de travail de la riposte	1	-	-	1	0,2
Des tradipraticiens	-	1	-	1	0,2
	204/400	165/199	41	410/640	100

⁵⁷³ Nosta Kahambu Mukirania, 'Pratiques solidaires « Ovughuma-Silwamughuma » et protection sociale funéraire dans la région de Butembo (à l'est de la République Démocratique du Congo)' (unpublished Thèse de doctorat, Université catholique de Louvain, 2019), pp. 56 & 58.

Source : Construction à partir des données empiriques de 2022.

Interprétation statistique des chiffres : la différence avec la répartition de référence est très significative : $\chi^2 = 257,84$, ddl = 8, $1-p = >99,99\%$ pour les communautés ; $\chi^2 = 257,24$, ddl = 8, $1-p = >99,99\%$ pour les soignants ; $\chi^2 = 38,05$, ddl = 7, $1-p = >99,99\%$ pour les « vainqueurs ».

Légende : Le nombre de citations est supérieur au nombre d'observations du fait de réponses multiples. Le répondant avait le droit de donner un maximum de 4 réponses.

Une palette de justifications pour l'une ou l'autre des sources des rumeurs énoncées dans le tableau 34 mérite d'être développée.

Plus de la moitié d'enquêtés, chez les communautés et soignants, et un peu moins de la moitié, chez les « vainqueurs », pensent que les familles ayant perdu les leurs, surtout au début de la riposte, sont à la base des rumeurs qui ont circulé dans la zone. Ceci se justifierait par l'émotion de voir les leurs mourir sans leur accompagnement, sans explication et pour une période éclair de maladie.

En deuxième position viennent les groupes de pression. Comme ils s'assignent la mission de rester au plus près de la population, ils étaient alertés par les familles affligées afin de solliciter leur intervention. Au fur et à mesure que des informations leur parvenaient et qu'ils entraient en contact régulier avec les dirigeants de la riposte, ils avaient découvert des opportunités d'embauche. Ils devaient dès lors monter les enchères afin de valoriser leur intervention. Dans le cas contraire, ils devaient continuer à propager les rumeurs reçues. La stratégie a réussi car des membres de ces groupes de pression ont été embauchés par la riposte dans différents services dont les C.T. et les CTE.

Troisièmement, les politiciens en quête d'électorat ont été cités parmi les propagateurs des rumeurs. Ceux-ci appartiennent à la catégorie des populistes qui jouent au sensationnel pour se faire une réputation politique. Leur position penche là où ils estiment qu'ils vont tirer des dividendes électoraux. Généralement, ces politiciens étaient portés par des groupes de pression et appréciés par les citoyens ordinaires. Le cas le plus emblématique est celui d'un honorable député qui a lancé les paroles suivantes lors de son meeting du 29 août 2018 en ville de Butembo :

Si vous voulez mon avis, je ne sais pas comment cette épidémie a commencé. Je pense que cette maladie est une autre [force meurtrière] qui a été envoyée à nouveau. Et c'est pourquoi je défie le ministre [de la Santé ou de la Défense] de me prouver le contraire. Montrez-moi, où est-ce que ça s'est passé ? L'épidémie vient vraiment d'où ?

*Scientifiquement, je ne crois pas qu'il soit possible d'avoir d'abord les meurtres de gens à Beni, et maintenant ceci sans qu'ils ne soient apparentés. Étudiez le déroulement des événements par vous-mêmes ! Je ne crois pas qu'ils puissent être sans rapport*⁵⁷⁴.

(traduction des propos de l'honorable tenus en Kiswahili).

Ces propos ont créé et rencontré le doute au sein des populations, même si le député s'est ravisé quelques jours après en se faisant vacciner après avoir transporté dans sa jeep une dame atteinte d'Ebola. Mais son engagement à coopérer a été conditionné par l'embauche des membres du groupe de pression qu'il chapeautait.

En quatrième position viennent des agents directs de la riposte comme propagateurs des rumeurs. La motivation serait de voir Ebola continuer afin de continuer à jouir des avantages offerts par la riposte.

Le personnel soignant local est classé en cinquième position dans la propagation des rumeurs. Au début de la riposte, le personnel soignant local n'a pas été impliqué dans sa gestion. Il ne maîtrisait pas grand-chose d'elle. Comme les autres, il a commencé également à s'interroger. Il lui arrivait même de cacher certains malades ou d'aller les soigner chez eux à domicile de peur que la riposte ne les récupère pour des fins supposées inappropriées.

Des miliciens *maï-maï* ont également été cités parmi les propagateurs des rumeurs diabolisant l'action de la riposte contre le dixième épisode d'Ebola. Ils se sont illustrés par des attaques contre des infrastructures, des matériels et des équipes de la riposte. Ces attaques étaient menées soit de l'initiative propre de ces miliciens, soit par procuration. Les premiers types d'attaque visaient la reconnaissance de l'existence de ces miliciens qui avaient fait savoir à la riposte qu'ils avaient aussi droit au gâteau. Non seulement parce qu'ils contrôlaient certains espaces échappant au contrôle de l'armée régulière, mais aussi parce qu'ils pouvaient déstabiliser davantage les activités de la riposte. Les attaques par procuration ont été menées à contrepartie des paiements offerts par leurs commanditaires soit pour régler des comptes à l'interne, soit pour réclamer la reconnaissance pour une éventuelle embauche.

Enfin, les populations locales, les méthodes de travail de la riposte et les tradipraticiens ont été faiblement cités parmi les propagateurs des rumeurs.

Ces rumeurs, qui peuvent avoir été des mensonges ou des vérités, ont aussi été à la base des attaques armées.

⁵⁷⁴ Godfroid Ivan, 'Ebola, enjeu politique en RDC', *MO (Wereld blog)*, 7 October 2018, disponible sur <https://www.mo.be/fr/blog/ebola-enjeu-politique-en-rdc> [consulté le 24 février 2023].

III.1.1.3. Attaques armées

Des attaques armées avaient ciblé les activités de la riposte. Elles avaient entraîné des morts d'hommes, blessures et vandalisme des biens. Rien que dans l'intervalle allant du 1^{er} janvier au 04 novembre 2019, plus de 300 attaques ont été dirigées contre l'action de la riposte. En cette période, « six décès et 70 blessés chez les travailleurs de santé et des patients en RDC »⁵⁷⁵ ont été enregistrés. D'après Abdou Diang, chef de bureau des Nations-Unies pour la réponse à l'épidémie d'Ebola en RDC, cité par média Congo, ces attaques ont en tout coûté la vie à 11 prestataires de santé⁵⁷⁶. Le tableau ci-après donne une illustration de ces attaques.

Tableau 35 : Chronologie illustrative des attaques armées contre la riposte

Date	Lieu	Nature de l'incident + auteurs présumés
19 avril 2019	Butembo	Assassinat du Médecin camerounais Dr Muzoko. Assassins recrutés par des membres du personnel soignant
Fin septembre 2019	Ouest de Beni-ville	<i>Mai-mai</i> refusent l'enterrement des corps décédés d'Ebola au cimetière de Bunzi
14-15/10/ 2019	Kivunano	Installation de lave-main saccagé sur la barrière de péage route à Kivunano / Kasinga
17/10/2019	Maleki/Oïcha	Sabotage des installations de l'équipe de la riposte par le groupe de <i>Mai-mai</i> Kyandenga
03/11/2019	Ngoyo/Kyanzaba	Une moto de marque DT de la riposte brûlée par des inconnus
5/11/2019	Mantumbi/Oïcha	Attaque des <i>Mai-mai</i> contre le village
06/11/2019	Ngoyo/Kyanzaba	A 10 km de Mangina dans la localité de Irango, les <i>Mai-mai</i> du groupe Josué incendie 3 motos et le centre de santé de Ngoyo ; puis, pillent des boutiques appartenant aux RECO
27-28/11/2019	Mangina	Attaque de la base de la riposte. Bilan : 1 moto incendiée et des capturés du coté assaillants
20/09/2019	Vukaka	Attaque du centre de santé EERA
22/09/2019	Kabasha	Tentative d'enlèvement d'un Médecin au centre hospitalier de Kabasha
23/09/2019	Vusamba	Tentative d'enlèvement d'un Médecin

⁵⁷⁵ CMR/MAV, 'Communiqué de presse de l'équipe en charge de la riposte à l'épidémie d'Ebola', 2019, disponible sur <https://drcongo.un.org/fr/23362> [consulté le 7 février 2024].

⁵⁷⁶ DM, '10ème épidémie d'Ebola', *Media Congo Press*, 25 June 2020, disponible sur <https://www.mediacongo.net/article-actualite-71189> [consulté le 7 février 2024].

24/09/2019	Kabasha	Un milicien qui serait du groupe de Kisalala est arrivé nuitamment au CH Kabasha à la recherche du Médecin pour lui faire du mal, mais ne l'a pas trouvé.
25-26/09/2019	Kighuthu/Kyondo	Vandalisation de l'installation de lave-mains par la population locale
1-2/10/2019	Mihake/Katwa	Le poste de santé Ikala saccagé. Suspects : agents de la riposte dont les contrats n'ont pas été reconduits
29/10/2019	Matembe/Butembo	Le Poste de santé Furahini a été investi par des hommes armés et munis d'armes à feu. Ils seraient venus récupérer l'argent de la riposte que reçoit ce poste. La population environnante n'est pas d'accord avec sa collaboration avec la riposte
2-3 novembre 2019	Mambasa	Assassinat d'un animateur de radio engagé dans la riposte contre Ebola
6-7/11/2019	Matembe/Butembo	Le Poste de santé de Vulamba (chez les pygmées) a été investi par des hommes munis de fusils, lances et machettes. Ils étaient à la recherche de l'Infirmier titulaire accusé de collaborer avec les équipes de la riposte à la MVE. Ils ont pillé argent et saccagé les dispositifs de lave-mains
10/11/2019	Virendi/Katwa	Des hommes armés ont attaqué le point d'entrée de Virendi, mais n'ont pas réussi à saccager les installations de la riposte car repoussés par les FARDC

Source : Monitoring de 2019.

Face aux rumeurs, ceux qui étaient mécontents et qui n'avaient pas de moyens pour se faire entendre par les armes ont opté pour des manifestations.

III.1.1.4. Organisation des manifestations

Des manifestations ont été organisées. Certaines étaient annoncées, d'autres étaient improvisées au point de prendre la forme d'émeutes. Quel que soit le format, toutes ont soit paralysé les activités dans les agglomérations, soit abouti à des cas de vandalisme dans des structures sanitaires habituelles et spécialisées d'Ebola comme les CTE. Des *sit-in* auprès des organisateurs de la riposte ou des autorités politico-administratives locales ont également été organisés.

245 répondants, constitués de 202 membres de la communauté et de 43 « vainqueurs », ayant répondu à la question relative à la participation à des manifestations contre le travail de la riposte à Ebola ont dévoilé ce qui suit.

Tableau 36 : Participation aux manifestations anti-riposte

Participation aux manifestations \ Répondants	Communautés	Vainqueurs	Total	Pourcentage
Oui	30	6	36	14,7
Non	172	37	209	85,3
Total	202	43	245	100,0

Source : construction à partir des données récoltées en 2022.

La différence avec la répartition de référence est très significative. Pour les communautés, $\chi^2 = 99,82$, ddl = 1, $1-p = >99,99\%$; pour les « vainqueurs », $\chi^2 = 22,35$, ddl = 1, $1-p = >99,99\%$.

Ce tableau montre que 14,7 % des répondants ont participé directement à des manifestations contre le travail de la riposte. Certes, ils sont minoritaires. Toutefois, dans leur minorité, ils pouvaient entraver le travail de la riposte ou entraîner un changement dans les méthodes de travail de celle-ci.

Les raisons qui ont plaidé en défaveur de la participation à des manifestations sont diverses. Pour les uns, Ebola est une maladie réelle, contagieuse et mortelle. Pour les autres, ce n'était pas intéressant de participer à des manifestations car ils étaient occupés par leur travail quotidien. Ce faisant, il fallait laisser les soignants faire calmement leur travail. Pour les autres encore, les manifestations étaient infondées, illogiques et contreproductives. Il ne fallait pas, enfin, entrer en conflit avec les forces de l'ordre car souvent les manifestations aboutissent à des emprisonnements. Une manifestation qui était au départ pacifique peut devenir violente.

La raison majeure qui plaidait en faveur des manifestations était de voir la riposte corriger ses méthodes de travail sans que l'on soit forcément contre la raison d'être de la riposte.

Même pour ceux qui n'ont pas participé à ces manifestations, la majorité parmi eux est d'accord avec ces dernières comme le montre ce tableau.

Tableau 37 : Soutien aux manifestations pacifiques

Soutien aux manifestations pacifiques \ Répondants	Communauté	Vainqueurs	Soignants	Total	Pourcentage
Oui	131	19	96	246	62,8
Non	68	19	59	146	37,2
Total	199	38	155	392	100,0

Source : construction à partir des données récoltées en 2022.

La différence avec la répartition de référence est très significative car le $\chi^2 = 19,94$, ddl = 1, 1-p = >99,99% pour la communauté et le $\chi^2 = 8,83$, ddl = 1, 1-p = 99,70% pour les soignants. Les « vainqueurs » étaient quant à eux partagés équitablement entre pros et antis manifestations pacifiques.

La majorité de nos informateurs était d'accord avec ces manifestations pacifiques quand bien même ces derniers n'y ont pas participé pour des raisons diverses sus-évoquées. La raison majeure qui plaide en faveur de ce soutien tenait au fait que les bénéficiaires des prestations de la riposte devaient dénoncer les failles constatées. Il fallait pousser la riposte à revoir, corriger et ou améliorer ses méthodes de travail pour qu'elle ne se considère pas comme sur un terrain conquis et dont les injonctions doivent être exécutées sans faille. Ceux qui voulaient la prolongation de la riposte à des fins de cupidité devaient dès lors être vite ramenés à l'ordre. C'est donc le fameux Ebola *business* qui était combattu. En fait, les répondants estiment que revendiquer pacifiquement est plus productif que revendiquer violemment.

Néanmoins, dans le rang des enquêtés, il y en a qui sont d'accord avec les manifestations violentes tel que signalé dans le tableau ci-après :

Tableau 38 : Points de vue sur les manifestations violentes

Répondants	Communauté	Soignants	Vainqueurs	Total	Pourcentage
Soutien aux manifestations violentes					
Oui	35	16	5	56	14
Non	165	146	34	345	86
Total	200	162	39	401	100

Source : construction à partir des données récoltées en 2022.

Les répondants sont d'avis que la violence ne résout rien. Au contraire, ils pensent qu'elle ralentissait la maîtrise de l'épidémie. Autrement dit, la violence renforçait ceux qui voulaient de la prolongation d'Ebola pour avoir plus d'argent. Aux yeux de la majorité, tuer et faire peur aux soignants ne pouvait qu'être contreproductif. Toutefois, ce point de vue prépondérant ne devrait pas faire oublier que 14 % des répondants étaient favorables aux manifestations violentes. Certains prestataires en ont d'ailleurs été victimes.

III.1.1.5. Tracts, intimidations directes et grèves

Des prestataires de la riposte et des soignants locaux ainsi que leurs proches ont reçu des intimidations directes. Elles avaient pris deux formes principales. La première était constituée de paroles méchantes leur adressées en leurs lieux de travail ou dans la cité ou encore dans le village. La seconde était constituée des visites nocturnes dans leurs ménages, du moins pour ceux qui n'étaient pas logés dans des hôtels. Elles pouvaient aboutir même à des assassinats, enlèvements et brutalisation. C'est le cas par exemple de l'infirmier titulaire du centre de santé *Isonga* assassiné à son domicile dans la nuit du 18 au 19 février 2019 ou de l'administrateur gestionnaire du Centre hospitalier Bunyuka enlevé le 21 novembre 2018 ou encore de la brutalisation du médecin directeur de ce dernier centre. Pour répliquer à l'assassinat de l'infirmier titulaire, les infirmiers ont observé un mouvement de grève pendant quelques semaines.

Parfois des tracts écrits à la main (cf. annexe 15) ou à l'ordinateur étaient jetés la nuit dans les rues et avenues des agglomérations. Ils étaient également affichés sur des murs des maisons. Certains autres étaient glissés nuitamment sous les portes des maisons des personnes visées qui les découvraient au réveil matinal. Des incursions non armées, par des personnes non-identifiées, dans des hôpitaux ont également été signalées.

Ces menaces et ou intimidations verbales, écrites et frontales poussaient certains à abandonner momentanément leurs logis afin d'éviter le pire. L'inconvénient à cela c'est qu'ils ne pouvaient pas fuir avec leurs dépendants. Certains griefs justifiaient cette chasse à l'homme. D'une part, ils étaient accusés d'avoir transféré des malades au CTE, loin de leurs domiciles et sans le consentement des familles. D'autre part, ils étaient accusés d'avoir comploté avec les expatriés pour gagner de l'argent sur le sang des innocents car rares étaient les malades qui en revenaient vivants. Ainsi, des conflits ont vite gagné des villages impliquant des habitants qui s'entre-accusaient d'avoir été à la base du repérage du malade. Des soignants soupçonnés d'avoir insisté pour que des malades soient transférés dans les CT et ou CTE ont été également la cible des intimidations. Un système de rétributions des structures qui alertaient les équipes de la riposte sur les cas suspects a été mis en place. Chaque alerte équivalait à vingt-cinq dollars américains qui devaient être payés à la fin du mois. Ce système avait duré plus ou moins une année. La nouvelle de ce système de rétribution s'était répandue dans la communauté au point d'entraîner un boomerang contre l'action de la riposte.

III.1.1.6. De la création des cellules d'animation communautaire

Le rôle joué par les cellules d'animation communautaire (CAC) dans l'éradication de la dixième flambée de la maladie à virus Ebola en RDC a été reconnu⁵⁷⁷. En fait, les CAC ont été installées dans la région de Beni-Butembo en pleine épidémie d'Ebola en 2019. Elles étaient venues en appui aux relais communautaires (RECO) limités au seul secteur de la santé. Une CAC est une structure de coordination des initiatives communautaires qui travaillait en étroite collaboration avec les chefs des villages, des avenues/rues et des cellules. Les CAC ont l'avantage de participer aux activités de développement à la base dans tous les domaines. Les relais communautaires avaient été ignorés au début de la riposte. Face à la résistance qui s'observait dans la communauté, les partenaires ont songé à la création des CAC dont l'existence était déjà prévue depuis 2016⁵⁷⁸ pour traiter des questions sociétales dont celle de la santé. Leur installation a été facilitée par les autorités politico-administratives dont les Bourgmestres des communes. Le pouvoir d'une CAC s'étendait sur un village, en milieu rural, et sur une rue ou avenue, voire une cellule, en milieu urbain. Chaque CAC était dirigée par un bureau composé d'un Président, d'un vice-président, d'un secrétaire et d'un trésorier. Les CAC ont été soutenues financièrement par les partenaires de la réponse contre Ebola pour permettre à leurs membres de se mouvoir et de communiquer avec tout le monde. Le gros avantage que présentent les CAC se trouve dans leur proximité avec la population. Elles sont dirigées et animées par des personnes bien connues. L'on pourrait même dire qu'elles sont faites par la population, pour la population et pour un engagement communautaire ou citoyen.

L'installation des CAC et les services qu'elles ont rendus à la communauté avaient permis de faire parvenir le message à tous les habitants en jouant le rôle de surveillance dans les ménages. Les informations récoltées chaque matin et soir étaient directement remontées aux chefs des villages et ou des avenues, puis aux structures sanitaires. Une enquête menée en 2022 a montré que les populations locales et les responsables des structures sanitaires reconnaissent le rôle joué par les CAC dans l'éradication de la MVE et la réduction de la résistance dans certains coins de Beni-Butembo⁵⁷⁹.

⁵⁷⁷ Feuille de route pour la santé communautaire, RDC, mise à jour 2021, p. 14.

⁵⁷⁸ Ministère de la Santé publique, 'Manuel Des Procédures d'organisation et Fonctionnement Des Structures et Approches Communautaires', Kinshasa, 2016.

⁵⁷⁹ Clarice KAVIRA SYANYWIRE, 'Enjeux et défis de la redynamisation des cellules d'animation communautaire en ville de Butembo' (Université Catholique du Graben, 2021).

III.1.2. Fenêtres d'opportunités dans la lutte contre le dixième épisode d'Ébola

S'inspirant de l'approche du processus politique, telle que renseignée par Tilly et Tarrow, « les menaces et opportunités surgissent en même temps, et la plupart de ceux qui s'engagent dans un conflit se saisissent à la fois des unes et des autres »⁵⁸⁰. Ebola a été une menace, mais la lutte contre cet Ebola a donné du travail aux gens et les a bien rémunérées. Certains de ceux qui dirigeaient des attaques et manifestaient contre la riposte ont utilisé celles-ci comme des moyens de pression afin d'accéder aux avantages liés à la lutte contre Ebola.

Le recrutement des non-originares (allochtones) venus soit de Kinshasa, la capitale, soit de l'étranger et travaillant avec les organismes internationaux n'a fait qu'envenimer la situation. Cette situation s'est plus observée au début de la riposte. Travailler avec des acteurs qui ne connaissaient ni le milieu, ni les langues parlées localement a été vu comme du néocolonialisme dans le travail de la riposte. La fanfaronnade et l'exhibitionnisme ou mieux les ambiances festives qui s'en sont suivis ont entravé le travail de la riposte. Cette fanfaronnade a exposé les agents de la riposte à l'envie. Il a été constaté qu'Ebola est une opportunité de trouver un travail bien rémunéré. Il fallait donc lutter soit pour intégrer la riposte, soit pour être reconnu comme « faiseur de loi »⁵⁸¹ dans un coin afin de bénéficier des faveurs et avantages de la riposte. Pendant ce temps, ceux qui travaillaient à la riposte essayaient de montrer que le travail est très dur afin soit de consolider leurs positions, soit de monter d'échelon et bénéficier des avantages pécuniaires y afférents. Ces deux logiques, celle des *outsiders* et celle des *insiders*, auraient été à la base de plusieurs cas d'attaques. L'exemple le plus emblématique est celui du cas d'assassinat, le 19 avril 2019, du docteur Richard Valérie Muzoko, un Médecin camerounais travaillant pour l'OMS dans cette riposte. A l'issue du procès, des médecins congolais locaux et les exécutants de cet assassinat ont été condamnés, par un arrêt rendu le 08 mars 2021, à la peine capitale, et à celle allant de 3 à 5 ans de servitude pénale. Parmi les éléments à charge des médecins condamnés figuraient des réclamations relatives à la discrimination salariale entre locaux et allochtones. Des locaux avaient tenu des réunions pour dénoncer cette discrimination. C'est de là que serait venue l'idée de s'en prendre aux étrangers et allochtones.

⁵⁸⁰ Charles Tilly and Sidney Tarrow, *Politique(s) du Conflit. de la grève à la révolution* (Paris: Presses de Sciences Po, 2008), p. 107.

⁵⁸¹ Nous avons utilisé ce concept pour montrer qu'il y a des organisations qui échappent entièrement ou en partie à l'autorité de l'Etat. Ces organisations ou bandes imposent leurs lois dans les espaces qu'ils contrôlent en violation de la loi du pays.

Tous ces mécanismes de résilience ont eu des effets sur la lutte contre l'épidémie.

III.2. Impact des mécanismes de résilience sur la gouvernance du 10^{ème} épisode de la MVE

Les diverses réactions locales, développées précédemment comme des mécanismes de résilience, n'ont pas laissé indifférente la gouvernance de la réponse au dixième épisode d'Ebola afin de maximiser la coopération ou l'engagement communautaire. Plusieurs stratégies ont de ce fait été mises en place pour séduire les uns et les autres parmi les mécontents. Parmi celles-ci nous citons : le recrutement normal, le recrutement dû aux relations interindividuelles et aux relations amicales, le recrutement dû à des menaces proférées, la satisfaction des libidos de certaines gens travaillant pour les organismes internationaux engagés dans la lutte contre Ebola et la mise en jeu de l'argent comme appât à la coopération⁵⁸². Ces stratégies ont été adressées distinctement aux différentes catégories qui forment les communautés locales.

III.2.1. Envers la société civile et politique

Les réactions locales avaient poussé la gouvernance de la réponse à repenser son mode d'action. Le *feedback* consistait tout d'abord à rompre avec l'unilatéralité de l'action ou de la décision en associant un grand nombre d'acteurs sociaux et politiques locaux. L'objectif de cette rétroaction était d'accroître la chance de la réponse de se faire entendre dans la communauté et susciter une adhésion populaire à son action. Ainsi, la sensibilisation et la communication n'avaient plus été organisées par les allochtones. Elles avaient été confiées essentiellement aux autochtones, des gens bien connus dans le milieu.

Par conséquent, les coordinations et noyaux de la société civile, des universitaires sociologues, communicologues et anthropologues, les principaux groupes de pression (Véranda Mutsanga, Parlement débout de Furu, Jeunes patriotes, etc.), les principaux mouvements citoyens (Lucha, Filimbi, etc.), les principales Eglises (Catholique, Eglise du Christ au Congo, Eglises Indépendantes, Eglises de réveil), les radios et télévisions locales, etc. avaient été mobilisés pour travailler dans les commissions sous l'égide de différentes organisations impliquées dans la réponse. Des politiciens et des autorités politico-administratives avaient également été mis à contribution. Les délégués de ces structures précitées avaient travaillé et agissaient sous la casquette de leurs structures respectives pour se crédibiliser sur terrain. Mais au même moment, ils étaient devenus des agents de la riposte. Ils avaient droit à un salaire selon

⁵⁸² Informations reçues lors de nos enquêtes menées de 2020 à 2023.

le barème de l'organisme employeur. Ce n'était pas du bénévolat. En fait, c'est dans la plupart de ces structures que se cachaient les partisans du déni d'Ebola. C'est aussi au sein d'elles que la riposte a recruté le gros du personnel local embauché. L'objectif était de calmer leurs ardeurs à s'opposer au travail des équipes de la riposte. L'on pourrait dès lors conclure que le travail et le salaire auraient servi d'appât à leur engagement dans la sensibilisation. Ils avaient donc servi la communauté au même moment qu'ils se servaient individuellement. Ce qui est tout à fait logique. Certains de ceux-ci ont travaillé dans les centres de traitement Ebola (CTE), dans les centres de transit (CT), etc. où nous les avons rencontrés en plein travail.

Mais pour éviter d'être confondus aux agents originels de la riposte, ceux qui le voulaient ne se promenaient pas dans les voitures connues comme appartenant aux riposteurs. Cette stratégie de camouflage a permis de faire passer le message sans beaucoup de heurts et d'agitations.

Différents canaux ont été utilisés pour sensibiliser la communauté locale dans sa diversité. Parmi ces canaux, l'on a recensé les conférences, messages radio-télévisions diffusés, affiches, descentes sur le terrain, témoignages, etc. Des élèves, étudiants, fidèles des églises, marchands, membres des familles éprouvées, *taximen*, membres des partis politiques, membres des groupes de pression, etc. ont été la cible de cette sensibilisation.

La radio avait joué un rôle important par sa capacité d'atteindre beaucoup de personnes au même moment. Un contrat a été signé avec les directeurs des radios locales afin de faciliter cette tâche. Un groupe appelé synergie de radios pour lutter contre Ebola a été créé. Cette synergie était financée par l'ONG *Search for Common Ground*. Vers la fin de la riposte, le nombre de radios a été réduit. A Butembo, par exemple, sur une trentaine de radios, seul le contrat de 16 radios a été maintenu jusqu'à juin 2020. Une édition synchronisée⁵⁸³ était organisée chaque jour de 19h00 à 19h45'. La diffusion se faisait en trois langues (français, swahili et kinande) qui prenait chacune 15 minutes. L'édition matinale était diffusée à 8h00. Par ailleurs, chaque radio avait la latitude de rediffuser autant de fois qu'elle voulait selon qu'elle trouvait un espace libre sur sa grille de programme. Un message sur les activités de la riposte devait également être diffusé dans les différents journaux. Les différents messages qui étaient diffusés provenaient de la riposte, des leaders religieux, des leaders politiques, de la société civile, des mouvements citoyens, des groupes de pression, des familles des malades, des « vainqueurs », etc.

⁵⁸³ Il s'agit des émissions diffusées aux mêmes heures par les radios sélectionnées afin d'atteindre le maximum possible d'auditeurs.

Une autre affaire qui a impliqué de manière particulière les églises c'est d'avoir donné en location leurs terrains pour abriter les activités de la riposte. Le premier CTE de la ville de Butembo a été implanté dans les enceintes de l'Hôpital Général de Katwa appartenant à la Communauté Baptiste au Centre de l'Afrique (CBCA) avant d'être délocalisé à l'ITAV sur le terrain de l'Etat congolais géré par l'Eglise catholique. Le deuxième dans cette ville a été érigé sur la concession de la CBCA à Kirimavolo. Celui de Mangina, épice de du dixième épisode, avait fonctionné dans la concession de l'Eglise Catholique située non loin du CSR appartenant à la même église. Les centres de transit de Katwa, de Mukuna et de Aloya/Cantine ont été respectivement érigés dans les hôpitaux de la CBCA, de l'Eglise Catholique et de l'Eglise Adventiste. L'état-major de la riposte dans la zone de santé de Mabalako était basé au centre de Santé de référence Kelekele/Cantine appartenant à la Communauté Baptiste au Congo Est (CBCE). Derrière la coopération pour mettre fin à l'épidémie d'Ebola se cachait également l'accès à l'argent. Des sommes colossales étaient versées aux Eglises pour avoir accepté d'héberger les activités de la riposte. Des sommes variant entre 15.000 et 20.000 dollars étaient données mensuellement pour la location de chaque concession⁵⁸⁴.

Par ailleurs, pour s'assurer la coopération de certains leaders d'opinion, la gouvernance contre Ebola leur a tendu la main en leur offrant la possibilité de faire louer leurs véhicules aux fins des activités de la riposte. C'est ainsi que des noms connus dans la région aussi bien dans la sphère religieuse, économique, universitaire que politique ont été retrouvés sur la liste des véhicules qui servaient la riposte. Un appât supplémentaire pour la riposte de se rassurer sur leur engagement aux côtés de la riposte. C'était une occasion pour ces leaders de se faire de l'argent. Certes, en sensibilisant, ils ont épargné certains dégâts. Au même moment, ils protégeaient leurs véhicules qui servaient à la riposte. Dans tous les cas, la théorie de la main invisible est corroborée en ce sens que la logique de trouver un travail bien payant devenait de plus en plus déterminante que celle de chercher à guérir la maladie. Et selon la Banque mondiale, 60 % des fonds étaient alloués au paiement des salaires des agents internationaux⁵⁸⁵. D'où l'idée de *business* ne faisait que se renforcer.

Il fallait multiplier les stratégies pour un engagement communautaire réussi. La gouvernance de la riposte s'est également adressée aux groupes armés.

⁵⁸⁴ Différentes sources internes et externes à la riposte ont corroboré cette information.

⁵⁸⁵ Nicholas Crawford and Kerrie Holloway, 'La dixième réponse à Ebola en République démocratique du Congo. Leçons sur le leadership et la coordination internationaux' (Humanitarian Policy Group, 2021), pp. 33–34.

III.2.2. Envers les groupes armés

Plus ou moins 14 groupes armés écumaient le territoire de Beni au début de la MVE en 2018. Parmi ceux-ci, il y avait des ADF (un groupe terroriste d'origine ougandaise), des milices tribales (Pakombe et Mvuba) et des groupes maï-maï (Vivuya, Nzirunga, Léopards Muthundo, Kombi, Kyandenga, Corps du christ, Dario, MRC-L, Kithikyolo, Sibenda et Lwanga)⁵⁸⁶. Les actes de violence ont augmenté en 2019⁵⁸⁷.

Il n'était pas facile d'accéder aux zones sous contrôle de ces milices. En fait, les forces gouvernementales ne pouvaient pas y aller. Au même moment, les miliciens étaient parmi les propagateurs des rumeurs (cf. tableau 34) et s'étaient engagés dans des actions et attaques armées contre la riposte. L'objectif était de montrer leur capacité de nuisance afin d'être sollicités par les agents de la riposte. L'objectif non affiché, et qui était le vrai, était d'accéder à la manne financière de la riposte.

La gouvernance de la riposte a mis en place un mécanisme pouvant lui permettre d'entrer en contact avec ces milices ou groupes armés afin de lui permettre d'offrir ses services à la communauté locale. Des sources concordantes ont fait savoir que la riposte monnayait la coopération de certains groupes. Pour ce faire, des émissaires partaient voir certains de ces miliciens avec des sommes d'argent. Il était impérieux de leur parler, d'écouter leurs doléances et inquiétudes. Il arrivait que ces groupes se manifestent par la violence pour venger leurs proches décédés d'Ebola dans des CTE. Des décès qu'ils considéraient comme injustes et délibérément orchestrés par les équipes soignantes.

Un bémol mérite d'être souligné. Il arrivait que des groupes armés coopèrent de leur gré soit parce qu'en leur sein il y avait des cas suspects d'Ebola soit parce qu'ils commençaient à se rapprocher de plus en plus du gouvernement pour leur démobilisation. Il leur était même arrivé de sensibiliser la population afin de collaborer avec les équipes soignantes. C'est le cas des miliciens qui opéraient sur l'axe Mataba-Kalunguta situé entre les villes de Beni et de Butembo.

La gouvernance de la riposte devait également répondre aux réclamations relatives aux us et coutumes locaux.

⁵⁸⁶ Nicholas Crawford and Kerrie Holloway, 'La dixième réponse à Ebola en République démocratique du Congo. Leçons sur le leadership et la coordination internationaux', (Humanitarian Policy Group, 2021), p. 18.

⁵⁸⁷ Groupe d'Etude sur le Congo, *Rebelles, Médecins et Marchands de Violence* (New York: Groupe d'étude sur le Congo/Center on international cooperation, August 2021), p. 9, disponible sur www.congoresearchgroup.org. [consulté le 4 mars 2023].

III.2.3. Vis-à-vis des croyances et habitudes locales

Une cellule d'analyse en sciences sociales (CASS) a été créée vers mi-2019 pour comprendre les comportements et les perceptions locaux vis-à-vis d'Ebola et de l'action de la riposte. Cette cellule était constituée essentiellement d'autochtones. Elle avait pour mission de descendre auprès des populations locales pour comprendre ce que celles-ci n'aiment pas dans le travail de la riposte. C'est grâce à cette cellule que l'ambiance festive observée chez les agents de la riposte a tant soit peu diminué. La pratique de cortège de véhicules a été modifiée. Le nombre de véhicules lors des descentes sur terrain a été partiellement abandonnée. En fait, les guéris d'Ebola ont été dotés en motos pour faciliter le transport des cas suspects. Ce faisant, la stratégie consistant à utiliser des allochtones ne maîtrisant pas les dialectes locaux a été abandonnée. Les « vainqueurs » d'Ebola devenaient de plus en plus visibles dans les quartiers. Leurs témoignages et leur engagement en faveur du travail de la riposte ont changé la donne. Les « vainqueurs » qui acceptaient ont été recrutés pour l'acheminement des malades dans des CTE. Sur l'axe Kyanzaba-Cantine par exemple, un « vainqueur », qui résistait avant de tomber malade, a été mis à contribution pour sensibiliser la communauté et acheminer les cas suspects et les malades dans des CT et CTE. Ce « vainqueur » a mis en place une équipe constituée de « vainqueurs ». Cette équipe a été dotée des motos et recevait du carburant pour ce travail. Ce genre d'équipes avait travaillé en villes et en milieux ruraux. En ville de Butembo, malheureusement, une malade avait succombé sur la route Mutsanga en mai 2019 pendant qu'un « vainqueur » l'acheminait aux CTE.

Grâce à la CASS et à l'équipe d'anthropologues mises en place dès février 2019, les méthodes d'enterrement ont également changé. Désormais, certains membres de la famille pouvaient participer à l'enterrement de leurs, décédés d'Ebola. Par ailleurs, un prêtre catholique et un pasteur protestant étaient engagés dans les différents CTE pour procéder à l'enterrement des défunts selon qu'ils étaient de croyance catholique ou protestante. Avant février, seules les équipes de l'enterrement digne et sécurisé, constituées essentiellement des volontaires de la croix rouge et des agents du service de la protection civile, pouvaient participer à l'inhumation. Ce qui frustrait fort les familles, amis et connaissances et engendrait des protestations sous diverses formes (caillassages, déterrements, menaces directes, marches, etc.).

Pour une forte mobilisation et engagement de tous, la gouvernance de la riposte a également essayé de répondre aux désidératas du personnel soignant et de la population en grogne en lui offrant des services pour sa survie.

III.2.4. Envers le personnel soignant et la population

Deux principales actions ont été mises en place pour calmer les griefs adressés à la gouvernance de la riposte.

III.2.4.1. Le programme de la gratuité des soins

❖ Présentation du programme

La gratuité des soins pendant la riposte contre Ebola était une action adressée à la fois au personnel soignant et à la population. En fait, les soignants se lamentaient de n'avoir pas été associés au travail de la riposte qui apportait beaucoup d'argent. La population a été, quant à elle, soignée gratuitement pour des maladies dont elle souffrait sans se rendre aux soins faute de moyens financiers. Cette gratuité avait entraîné l'engouement des malades dans les hôpitaux surtout pendant la gratuité complète. Ce qui avait entraîné la hausse des recettes dans les hôpitaux. La clé de répartition de ces recettes a fait du personnel soignant le plus grand bénéficiaire de la gratuité des soins.

Cette gratuité avait connu quatre grands moments. Le premier s'étalait sur la période du 15 octobre 2018 au 15 janvier 2019. Il a été prolongé jusqu'au 15 avril. Le deuxième moment est celui du 15 avril au 15 juillet 2019. Ces deux premières gratuités étaient complètes en ce sens qu'elles couvraient aussi bien les soins en ambulatoire que ceux en hospitalisation pour toutes les maladies. Les deux phases restantes sont celles de la gratuité partielle. La première a couvert la période allant de septembre à décembre 2019. La gynécologie et la chirurgie n'étaient pas prises en charge par le programme de gratuité. La seconde allait du 16 février au 30 juin 2020. Seule l'hospitalisation en pédiatrie et en médecine interne était couverte par la gratuité des soins. Pendant ce temps, le malade devait se présenter avec la photocopie de sa carte d'électeur. Toutefois, toutes les structures n'ont pas bénéficié de cette gratuité. La gratuité n'a non plus été effective au même moment dans les structures qui en ont été bénéficiaires. Par exemple, les structures sanitaires des zones de santé d'Alimbongo et de Kayna n'ont pas bénéficié de cette gratuité excepté l'hôpital général de référence de Kayna. Pour sa part, la zone de santé de Mutwanga n'a connu cette gratuité qu'une fois, c'est-à-dire de septembre à décembre 2019. En zone de santé de Vuhovi, elle n'a commencé qu'en février 2019⁵⁸⁸.

⁵⁸⁸ Triangulation des informations recueillies en 2020 des bureaux centraux des zones de santé et des structures sanitaires de Beni-Butembo-Lubero.

C'est la Banque mondiale qui finançait en grande partie cette gratuité des soins. Le projet de développement du système de santé (PDSS) qui est un programme du Ministère de la santé était chargé de la gestion ou de l'exécution de ladite gratuité. L'Etablissement d'Utilité Publique - Fonds d'achat des soins de santé (EUP-FASS), quant à lui, était le caissier de cette gratuité. Le contrat de la gratuité des soins signé entre l'EUP-FASS et chaque structure sanitaire bénéficiaire était contresigné par la zone de santé.

Cette gratuité des soins a eu un impact sur les structures sanitaires et la vie du personnel soignant.

❖ Impact de la gratuité sur les recettes des structures et les salaires des agents

Cette gratuité a eu un impact positif sur les recettes des hôpitaux surtout lors de la période de la gratuité complète comme ce tableau en donne une illustration.

Tableau N° 39 : Impact de la gratuité sur les recettes des structures sanitaires en USD⁵⁸⁹

Structures ⁵⁹⁰	Moyenne mensuelle des recettes avant gratuité	Moyenne mensuelle des recettes pendant la gratuité	Niveau d'augmentation
A	18 000	68 000	Plus du triple
B	-	-	Triple
C	75 000	170 000	Plus du double
D	-	-	Grandes augmentations
E	450	3250	Septuple
F	1000	8000	Octuple
G	-	-	Quintuple
H	500	4500	Nonuple
I	19000	24000	Plus du quart
J	2500	6000	Plus du double
K	13000	30000	Plus du double
L	2500	9000	Plus du triple
M	2500	9000	Près du quadruple
N	1249	15518	Plus de 12 fois
O	15025	84 817,5	Près du sextuple
P	2000	10000	Quintuple
Q	3750	9 766,75	Près du triple
R	3250	12000	Près du quadruple
S	14000	84966	Sextuple
T	3500	6000	Près du double
U	2000	10000	Quintuple
V	5500	20000	Près du quadruple

⁵⁸⁹ Quelques budgets de la riposte contre la maladie à virus Ebola sont en annexe du présent travail. Ils donnent la proportion des fonds allouée à chaque secteur de la riposte.

⁵⁹⁰ Les structures sanitaires ont été présentées dans l'anonymat. Une lettre a été attribuée à chacune d'elles.

Source : Construction à partir des données recueillies au courant de l'année 2020.

L'augmentation des recettes est due au fait qu'il n'y a plus eu d'insolvabilité. En fait, c'est chaque citoyen congolais qui paie pour ses soins. Or, il arrive que des malades qui ont choisi d'aller se faire soigner dans des hôpitaux ne soient pas en mesure d'honorer leurs factures. Ce qui influe négativement, en temps normal, sur les recettes des structures. En fait, la sécurité sociale de la R.D. Congo n'existe que dans les textes de lois. La culture d'adhésion aux mutuelles de santé n'est pas encore ancrée, celles-ci étant à leurs premières expériences dans la zone sous étude. Bien que malades, nombreux recourent à l'automédication soit en allant eux-mêmes acheter des médicaments dans des pharmacies⁵⁹¹ de fortune, soit en recourant aux phytothérapeutes appelés tradipraticiens. Ainsi, la mise en place de ce programme de gratuité a permis à tout qui le voulait d'aller se faire consulter par le personnel soignant. Ce qui a provoqué un grand engouement au point que le personnel soignant était débordé. Pour accéder aux soins, il fallait être dans les enceintes de l'hôpital à partir de 3 heures du matin. Les jetons étaient distribués selon l'ordre d'arrivée. Si ceux qui avaient les jetons n'étaient pas tous consultés, c'est par eux qu'on devait commencer le lendemain. Le nombre de malades s'est multiplié au minimum par dix⁵⁹². La gratuité des soins a permis donc de soigner des malades qui se cachaient chez eux faute d'argent pour honorer les frais. Au même moment, elle a permis à la riposte de détecter des cas d'Ebola qui étaient cachés dans la communauté.

Dans le contrat signé entre la structure et l'EUP-FASS, la clé de répartition des recettes était définie. Pour les centres hospitaliers et les hôpitaux, 50% étaient destinés au personnel, 30% à l'achat des médicaments, 15% au fonctionnement de la structure, et 5% aux investissements. Pour les centres de santé, 40% étaient réservés au personnel, 30% à l'achat des médicaments, 20% au fonctionnement de la structure et 10% aux investissements. Dans certaines autres structures, 40% étaient destinés au personnel, 40% aux médicaments, 15% au fonctionnement et 5% aux investissements⁵⁹³. Les Bureaux centraux des zones de santé recevaient un montant forfaitaire de 4400\$⁵⁹⁴ le mois. 70% de ce montant étaient destinés au personnel, 20% au fonctionnement et 10% aux investissements.

Avec cette clé de répartition et l'augmentation des recettes, les salaires du personnel travaillant dans les structures sanitaires avaient indubitablement augmenté. Il y en a même qui

⁵⁹¹ La livraison d'un médicament en pharmacie n'est pas astreinte à la présentation d'une prescription médicale.

⁵⁹² Archives des hôpitaux consultés en 2020-2021.

⁵⁹³ Triangulation des entretiens menés en 2020-2021 dans les structures sanitaires.

⁵⁹⁴ Néanmoins, même avant la riposte, certaines zones de santé fonctionnant en milieux ruraux recevaient ces 4400 dollars du PDSS. Pour elles, avant et pendant Ebola s'équivalaient. Même dans les milieux urbains, avec les 4400 \$, les agents des bureaux centraux des zones de santé n'ont pas bénéficié d'augmentation comme il en a été le cas dans les structures sanitaires.

ont vu leurs salaires se multipliés par dix. Un agent, sous émotion, dont nous gardons le nom s'était adressé à nous en ces termes : « avant la gratuité complète, je touchais un salaire qui variait entre 450 et 500 USD. Avec la gratuité, j'ai vu mon salaire mensuel multiplié par dix, par douze au point qu'il m'est arrivé de recevoir 6000 USD. J'ai alors construit une maison en dur »⁵⁹⁵.

❖ Impact de la gratuité sur le développement des structures sanitaires

Non seulement cette gratuité a eu un impact positif sur les recettes des structures et, par ricochet, sur les salaires des agents, elle a également permis aux structures de se lancer sur le plan de développement surtout sur le plan infrastructurel et matériel. Dans l'ensemble, grâce aux pourcentages destinés aux investissements qui étaient parfois renforcés par un peu d'argent grignoté sur les frais de fonctionnement, les structures ont fait quelques réalisations dont :

- Construction en dur des bâtiments plus ou moins modernes (maternités, pédiatries, salles d'opération, imagerie, etc.).
- Achat des tables opératoires.
- Achat de véhicules et de motocycles.
- Construction d'incinérateurs et gestion des déchets (incinération, tri, etc.).
- Construction et équipement des morgues : avant la riposte, la région de Beni-Butembo n'avait que deux morgues ou chambres froides (Matanda et Katwa) pour garder les personnes décédées. Aujourd'hui on en compte plusieurs dont celles de : HGR Kitumba, CH Mutiri, CH Masiki, CH FEPSI, HGR Beni, CH Mangina.
- Abonnements au courant hydroélectrique.
- Paiement des dettes.
- Achat des matériels informatiques.
- Achat des matériels radiographiques.
- Achat des terres ou parcelles pour augmenter les concessions des structures.
- Équipement des laboratoires.
- Etc.

Par ailleurs, les structures sanitaires ont hérité, de la part des partenaires du gouvernement, des unités d'isolement construites en dur ou des unités de triage construites en planches, des trous à placenta, des réfrigérateurs, etc.

⁵⁹⁵ Entretien du 11 mars 2020.

❖ Difficultés liées à la gratuité des soins

Le programme de la gratuité, en dépit de ses bienfaits énumérés ci-haut, a connu quelques difficultés dans sa mise en œuvre.

Primo, il arrivait que les banques partenaires accusent des retards dans le paiement par manque de liquidité étant donné que la demande d'argent était devenue forte.

Secundo, l'entreprise ASRAMES chargée de fournir des médicaments aux structures sanitaires était régulièrement en rupture de stock. En fait, sur les 30% réservés aux médicaments, seuls 10% étaient donnés en liquidité aux structures. L'ASRAMES devait fournir, via le Bureau central de la zone de santé, les médicaments équivalents à ces 20% aux structures en fonction de la réquisition lui déposée par chaque structure. À part la rupture de stock, ASRAMES était accusée de surfacturer ses produits. En 2020, pendant que nous effectuions nos recherches, ASRAMES devait encore beaucoup de médicaments aux structures. Concernant les 10% donnés en argent liquide, les structures sanitaires devaient acheter les médicaments dans la pharmacie de la zone de santé. En cas de pénurie, il leur était autorisé de s'approvisionner dans des pharmacies commerciales en ville.

Tertio, la gratuité sélective et partielle avec toutes ses exigences a créé des mécontentements parmi les malades qui estimaient qu'il s'agissait d'une discrimination. Des paroles méchantes étaient de ce fait adressées aux soignants et aux services financiers des structures dans l'espoir qu'ils pouvaient déroger à la règle. Également, ce n'est pas tout malade qui acceptait volontiers de donner la photocopie de sa carte d'électeur, l'équivalent de la carte d'identité. Avec les soupçons de tous genres, il arrivait que certains usagers refusent de la donner pendant qu'ils voulaient bénéficier de la gratuité. Ce qui créait des tiraillements entre prestataire et bénéficiaire et entraînait un manque à gagner pour la structure car les contrôleurs de l'EUP-FASS invalidaient les factures irrégulières.

Quarto, les soignants ont été outillés pour repérer des cas suspects à transférer dans les CT et ou CTE. Chaque notification d'un cas d'alerte était rétribuée à hauteur de 25 USD. Cette stratégie a été mal interprétée dans la communauté au motif que les soignants commençaient à inventer des cas en contrepartie de l'argent. C'est toujours l'EUP-FASS qui payait ces alertes lors du contrôle mensuel. Plusieurs structures ont été caillassées sous l'instigation des personnes proches des malades transférés aux CTE. Néanmoins, le paiement de ces alertes a été suspendu pour rassurer la population. Certaines de ces alertes n'ont d'ailleurs pas été payées.

III.2.4.2. Construction et gestion des unités de triage et des centres de transit (CT)

La construction des unités de triage dans les structures est une autre stratégie qui avait essayé de vider le mécontentement des soignants. En fait, une partie des agents qui y travaillaient était recrutée parmi le personnel soignant. Leur prise en charge était assurée par les différents partenaires du gouvernement. Le nombre de gens qui y travaillaient variait de 5 à 17 agents selon les capacités financières. Chaque agent avait un salaire minimum de 10 USD par jour.

En fait, ces unités de triage ont joué un grand rôle dans la maîtrise d'Ebola et dans l'éviction des infections nosocomiales. Avant d'arriver chez les soignants, on devait se laver les mains avec de l'eau chlorée, la température devait être prélevée avec des thermo flashes et un interrogatoire pouvant permettre l'orientation du malade était effectuée par le réceptionniste. Leurs installations dans les structures a introduit trois nouveautés qui ont suscité des réactions. L'eau chlorée n'était pas appréciée au motif qu'elle dégage des odeurs similaires à celles des aliments importés par le PAM. Il arrivait que certaines gens refusent de se laver les mains. Le thermo flash était nouveau dans le milieu car l'on utilisait le thermomètre à mercure qui devait toucher le corps. Ce qui a suscité également des interrogations. L'anamnèse qui se faisait devant le médecin consultant se fait désormais aussi auprès du réceptionniste affecté au triage. Les questions posées sont toutes relatives aux signes d'Ebola. Ce qui crée la peur de se voir être retenu parmi les gens à transférer au CTE. Au même moment que ces unités de triage ont permis d'éviter ou de diminuer les maladies nosocomiales dans les structures sanitaires, elles ont également constitué une barrière pour fréquenter les hôpitaux. Aussi, toutes les attaques contre les structures sanitaires étaient orientées d'abord vers ces unités de triage qui servaient de portes d'entrée dans les structures.

La création, l'augmentation et l'installation des centres de transit (CT) dans certaines structures sanitaires étaient une des réponses aux réclamations de la population sur les CTE qui fonctionnaient et étaient gérés loin des soignants habituels. Ces CT ont donné du travail aux médecins et infirmiers. Les activités liées à la biosécurité de ces CT ont été effectuées par des membres des groupes de pression surtout en milieux urbains.

Excepté la période de la gratuité complète, la prime de ceux travaillant dans les CTE était plus alléchante que celle donnée par les structures sanitaires. Ce qui avait créé des frustrations entre agents travaillant les uns dans les structures sanitaires habituelles et les autres dans les centres de transit et les CTE. Pour vider cette frustration doublée de mécontentes, les

structures ont convenu avec ces deux catégories d'agents afin de constituer un panier commun. Ce qui a facilité le partage équitable et la restauration de la concorde au sein du personnel.

Pour leur part, les membres des groupes de pression recrutés avaient pour mission de dissuader des habitants qui seraient tentés de s'attaquer aux centres de transit. Par arrangement interne aux structures, les membres de ces groupes rétrocédaient une partie de leur prime à leurs structures d'origine respectives.

Les discours mobilisés, les actions posées et les réactions y afférentes montrent que la MVE était inconnue de la population et que Beni-Butembo était méconnu par les organisateurs de la riposte. Ceci se manifeste par une compréhension autre que celle médicale de la MVE et par des actions non concertées des organisateurs de la riposte.

Ceci dit, certains constats et leçons appris à partir de la lutte contre le dixième épisode de la MVE peuvent être capitalisés pour mettre en place des éléments d'une politique publique de santé adaptés aux épidémies de type Ebola.

Chapitre IV : Constats, leçons et éléments de politique publique de santé en RDC

Ce chapitre passe en revue les constats et les leçons (IV.1.) tirés du terrain afin de proposer des éléments pouvant aider à asseoir une politique publique sanitaire adaptée aux épidémies (IV.2.).

IV.1. Constats faits et leçons apprises

Les constats ici présentés portent sur l'action revendicative.

IV.1.1. Constats sur l'action revendicative et l'effet retour

Cette sous-section s'est penché sur le répertoire d'actions revendicatives et les réponses qui y ont été réservées.

Le premier constat montre que localement les rumeurs utilisées ont mobilisé deux types de discours : un discours accusateur et un discours de victimisation.

Le deuxième constat montre que les mécontents ont utilisé plusieurs voies pour se faire entendre dont les dénonciations dans les médias (traditionnels et les réseaux sociaux), des attaques armées ayant abouti à des morts d'hommes et destructions matérielles, et des manifestations civiles pacifiques ou violentes. Ces modes d'actions ont été une voie d'expression populaire adressée aux gestionnaires de la riposte.

Le troisième constat montre que l'incompréhension sur la maladie et son origine est restée pendant toute la période de la riposte.

Le quatrième constat montre que l'Ebola *business* a été décriée pendant presque toute la période d'Ebola. Mais ce qui est frappant est que la riposte a mis en place une stratégie pour amener les différentes couches de la population à faire avec elle en insérant leurs représentants dans le jeu. Ceux qui réclamaient beaucoup en accusant les autres d'être corrompus (*walisha meza* en swahili, *vavirimera* en kinande) ont été embauchés. Depuis lors, ils avaient cessé de revendiquer. Ce faisant, l'on pourrait conclure que la lutte revendicative visait l'accès à la manne. Celui qui n'y avait pas encore accès devait à son tour se battre pour y accéder.

Le cinquième constat montre qu'au départ (premières semaines) les locaux étaient aussi réservés à travailler dans la riposte qu'on voyait comme une histoire qui serait sale. Mais le souhait d'y travailler a été suscité par l'attrait de premiers agents déployés qui vivaient une vie luxueuse.

Le sixième constat montre que, certes, l'action revendicative a aidé à faire bouger positivement le travail de la riposte. Toutefois, il s'est vite fait voir que l'objectif caché et réel était de faire partie du cercle des bénéficiaires d'Ebola *business*. En se servant, les agents de la riposte ont également servi la communauté. Ceci s'est fait observer aussi bien chez le personnel soignant, les acteurs de la société civile et les activistes œuvrant au sein des groupes de pression, des mouvements citoyens ainsi que des leaders religieux. Il apparaît que l'accompagnement de la riposte était indirectement conditionné par l'accès à la manne venue de l'occident. D'où le concept « monnayage du service à la communauté ». Un peu comme qui dirait « comme vous êtes venus manger, alors mangeons ensemble, soyons des complices dans le partage de l'argent et la lutte contre la maladie ».

Le septième constat paraît paradoxal. En fait, pendant que certains acteurs locaux se précipitaient pour accéder à la manne venue de l'occident, au même moment ils accusaient les acteurs internationaux présents dans la riposte, émanation de l'occident, de conspirer contre la communauté locale. L'on pourrait dire que cette duplicité était du chantage pour se maintenir au travail tout en faisant un semblant d'être là pour le bien-être de la population.

Le huitième et dernier constat montre que la politique de gratuité des soins a permis aux structures sanitaires de poser de bons jalons pour des actions durables en matière infrastructurelle en dépit du fait que la riposte rentre dans le cadre des actions d'urgence qui sont généralement éphémères ou mieux qui ont un impact généralement de courte durée.

V.1.2. Leçons apprises de six modes d'actions recensés

Avant d'exposer les leçons, présentons d'abord la synthèse des modes d'actions recensés. Les logiques d'actions par lesquelles nous avons évalué la méconnaissance du terrain par les organisateurs de la riposte ont été classées en trois grandes catégories comprenant chacune un ou plusieurs modes d'actions tel que le tableau ci-après le montre.

Tableau 40 : Synthèse des catégories et modes d'actions

N°	Catégories d'actions	Modes d'actions	Communauté	Soignants	Vainqueurs
I.	Recherche active des malades	1. Cohorte de véhicules	X	X	V
		2. Recherche dans les quartiers et ménages	X	V	V
		3. Installation Tentes pour vaccination	V	V	V
II.	Structures spécialisées dans la prise en charge	4. Création des CTE en dehors des structures sanitaires habituelles	V	V	V
III.		Sécurité physique et alimentaire	5. Militarisation de la riposte	=	=
	6. Importation des vivres et non-vivres		X	X	X

Source : Construction à partir des données empiriques de 2022.

Légende : X c'est le refus majoritaire ; V c'est l'acceptation majoritaire ; = est la relative égalité des opinions du refus et de l'acceptation du mode d'action.

Six leçons ont été tirées de ce tableau.

La première montre que les différents modes d'actions ont suscité des réactions différentes auprès des bénéficiaires et des prestataires de santé pendant la riposte. Certains de ces modes d'actions ont facilité le travail de la riposte, car ayant été à la base de la coopération. D'autres ont rendu ce travail difficile, car probablement à la base de la résistance et des actions de sabotage contre les activités de la riposte.

La deuxième leçon, liée à la première mais qui la nuance, tient au fait que même si la majorité est d'accord avec une action, la minorité qui en est mécontente peut toujours chercher à la faire échouer et y parvenir. C'est ce que nous nommons « puissance de l'effet

minorité ». En fait, des contre-actions visant le sabotage peuvent être menées afin d'amener les initiateurs des actions dénoncées à les abandonner ou à les corriger. Les raisons évoquées par la minorité de répondants en défaveur de l'un ou l'autre des modes d'actions ont été suffisamment éloquents. Ce faisant, il ne faut pas négliger la voix de la minorité.

La troisième leçon concerne la militarisation de la riposte qui a fort divisé les répondants entre pro et anti ce mode d'action. Même si les répondants sont partagés entre sa normalité et son anormalité, la majorité est convaincue du principe de neutralité des actions humanitaires sanitaires dans lesquelles les armes ne devraient pas intervenir. C'est le cas de nécessité qui a justifié la tolérance de ce mode d'action.

La quatrième leçon concerne les « vainqueurs » qui sont d'accord avec tous les modes d'actions, sauf celui de l'importation des vivres et non vivres alors que nombreux parmi eux étaient parmi ceux qui niaient ou qui prenaient Ebola comme une farce. Leur passage dans les CTE auraient été un « bon enseignant » pour eux. Contrairement aux « vainqueurs », les répondants de la communauté s'illustrent par une note défavorable majoritaire. La raison serait qu'ils parlaient d'une histoire dont ils n'avaient presque pas d'expérience. Les soignants semblent avoir pris une voie médiane. Leurs positions favorables aux modes d'actions sont égales aux positions défavorables des répondants de la communauté. Leur intermédialité se justifierait, entre autres, par leur niveau de connaissance dans le domaine médical ou sanitaire.

La cinquième leçon montre qu'il y avait des positions intermédiaires, qui étaient à la fois pros et anti ces modes d'action. Mais les justifications qu'ils donnaient pour justifier ces positions les rapprochaient beaucoup plus des « antis » (pessimistes et dubitatifs).

Enfin, la sixième leçon tirée de ces modes d'actions est que la coopération et la résistance ont coexisté du début à la fin de la riposte. Certes, ceux-ci ont connu, chacune, des hauts et des bas pendant les quasi-deux ans de la riposte. Ceci vient démolir l'esprit propagandiste qui faisait croire à une résistance systématique à la réponse contre Ebola.

Les réactions aux différents modes d'actions, la canalisation des revendications et inquiétudes, le feedback y réservé et les leçons apprises à partir de la lutte contre le 10^{ème} épisode peuvent permettre de mettre en place une politique publique plus innovante, adaptée aux situations épidémiques.

IV.2. Eléments de politique publique de santé en RDC

Ce chapitre aborde les éléments pertinents qui peuvent servir pour mettre en place une politique sanitaire adéquate à partir de l'expérience acquise lors de la riposte contre le dixième épisode d'Ebola en RDC. Mais également, cette politique peut se servir des connaissances actuelles des enquêtés dans le domaine sanitaire ainsi que de ce qu'en disent les dispositions constitutionnelles et légales.

IV.2.1. Dispositions constitutionnelles, légales et connaissances actuelles sur l'organisation de santé en RDC

IV.2.1.1. Dispositions constitutionnelles et légales actuelles

Le règlement sanitaire international de 2005, la Constitution de la R.D. Congo du 18 février 2006 telle que modifiée et complétée à ces jours, la Loi organique n° 08/016 du 07 octobre 2008 portant composition, organisation et fonctionnement des Entités Territoriales Décentralisées et leurs rapports avec l'Etat et les Provinces, et la loi n° 18/035 du 13 décembre 2018 fixant les principes fondamentaux relatifs à l'organisation de la Santé publique permettent d'avoir des éléments sur la politique sanitaire actuelle de la R.D. Congo.

❖ Niveaux d'organisation du secteur sanitaire

En exploitant cet arsenal juridique, on comprend que le pouvoir est organisé à trois niveaux en République Démocratique du Congo : central, provincial (intermédiaire) et local (périphérique ou opérationnel). Au niveau central, c'est le ministère de la santé qui chapeaute toutes les activités relatives à la santé sur toute l'étendue de la République.

La compétence de légiférer sur les questions de santé est reconnue comme matière exclusive du pouvoir central. Il s'agit de :

h) la législation médicale et l'art de guérir, la médecine préventive, notamment l'hygiène, la salubrité publique et la protection maternelle et infantile, la législation sur la profession de pharmacien, sur le commerce pharmaceutique, sur l'immigration et le transit, les règlements sanitaires bilatéraux et internationaux, la législation sur l'hygiène du travail, la coordination technique des laboratoires médicaux et la répartition des médecins;... m) la législation sur la fécondation artificielle chez l'être humain, sur la manipulation des informations génétiques et sur les transplantations d'organes et des tissus humains;... o) la législation sur l'admission aux professions médicales et aux autres professions et activités⁵⁹⁶.

⁵⁹⁶ Points h, m et o de l'alinéa 36 de l'article 202 de la constitution de la RDC du 18 février 2006 telle que modifiée et complétée à ces jours.

A ce titre, « le niveau central définit les grandes orientations de la politique sanitaire nationale. Il édicte les directives, les normes ainsi que les stratégies d'intervention »⁵⁹⁷.

La même constitution en vigueur en RDC fixe les matières concurrentes entre le pouvoir central et la province. Il s'agit de la gestion des « institutions médicales et philanthropiques, l'engagement du personnel médical et agricole de commandement;... La prévention des épidémies et épizooties dangereuses pour la collectivité;... Les institutions médicales et philanthropiques »⁵⁹⁸.

La province dispose également des compétences exclusives en matière sanitaire :

*l'affectation du personnel médical, conformément au statut des agents de carrière des services publics de l'Etat, l'élaboration des programmes d'assainissement et de campagne de lutte contre les maladies endémo-épidémiques conformément au plan national: l'organisation des services d'hygiène et de prophylaxie provinciale, l'application et le contrôle de la législation médicale et pharmaceutique nationale ainsi que l'organisation des services de la médecine curative, des services philanthropiques et missionnaires, des laboratoires médicaux et des services pharmaceutiques, l'organisation et la promotion des soins de santé primaires; l'organisation des campagnes de vaccination contre les maladies enzootiques, l'organisation des laboratoires, cliniques et dispensaires de la provenderie ainsi que l'application de la législation nationale en matière vétérinaire, l'organisation de la promotion de santé de base*⁵⁹⁹.

De ce qui précède, le niveau intermédiaire « est chargé de la coordination, de l'appui, de l'encadrement, du contrôle, de la supervision, du suivi et de l'évaluation de l'ensemble des activités de santé sous sa juridiction. Il veille à l'application de la politique sanitaire, des directives, des normes et des stratégies sanitaires nationales »⁶⁰⁰.

Enfin, les entités territoriales décentralisées ont des compétences dans lesquelles elles peuvent délibérer. C'est ainsi que le conseil urbain a le pouvoir de délibérer sur « l'organisation et la gestion d'un service d'hygiène ; la construction, l'entretien et la gestion des morgues ; le programme d'assainissement ; la promotion de la lutte contre le VIH/SIDA et les maladies endémiques »⁶⁰¹. La même loi reconnaît un certain nombre d'attributions en matière de santé à la commune. Elles concernent « l'organisation et la gestion d'un service d'hygiène ; le programme d'assainissement ; la campagne de vaccination de la population, la

⁵⁹⁷ Article 7 de la loi n° 18/035 du 13 décembre 2018 fixant les principes fondamentaux relatifs à l'organisation de la Santé publique.

⁵⁹⁸ Points 10, 17 et 22 de l'article 203 de la constitution de la RDC, *Op. cit.*

⁵⁹⁹ Alinéas 18 et 22 de l'article 204 de la constitution de la RDC, *Op. cit.*

⁶⁰⁰ Article 8 de la loi n° 18/035 du 13 décembre 2018 fixant les principes fondamentaux relatifs à l'organisation de la Santé publique

⁶⁰¹ Article 11 alinéa 12 de la loi organique n° 08/016 du 07 octobre 2008 portant composition, organisation et fonctionnement des Entités Territoriales Décentralisées et leurs rapports avec l'Etat et les Provinces

promotion de la lutte contre le VIH/SIDA et les maladies endémiques »⁶⁰². La chefferie ou le secteur a également une portion de pouvoirs en matière de santé. Elle ou il élabore (et mène) « le programme d'assainissement ; la campagne de vaccination de la population et la promotion de la lutte contre le VIH/SIDA et les maladies endémiques »⁶⁰³.

❖ Quelques gaps repérés dans l'arsenal juridique sanitaire

La lecture de ces différentes dispositions inspire un certain nombre de commentaires. *Primo*, d'une part, l'autorité législative et l'autorité politico-administrative et, d'autre part, l'autorité sanitaire ont des tâches distinctes mais intimement liées en ce sens que ce que les premières conçoivent, la seconde l'exécute. Ou alors la conception tout comme l'exécution sont exercées concomitamment par les deux mais à des degrés différents. *Secundo*, le gros du travail en matière sanitaire est fait au niveau central. Une tendance à tout centraliser est perceptible. L'autorité locale n'a pas beaucoup de marge de manœuvres surtout que les élections n'ont toujours pas été organisées⁶⁰⁴. Le conseil (urbain, communal ou local) n'est pas encore opérationnel. Ce qui fait que les matières sanitaires reconnues aux entités territoriales décentralisées ne sont pas prises en charge par les autorités fonctionnant sous l'empire de la déconcentration. *Tertio*, la loi de 2018 est riche en dispositions sur la santé en général et sur la gestion des épidémies en particulier. Toutefois, la plupart des dispositions de cette loi ne sont pas appliquées. Par exemple, il est dit qu' « un arrêté du ministre ayant la santé publique dans ses attributions fixe les mesures de protection de la population et de lutte contre les maladies transmissibles, les endémies et les épidémies »⁶⁰⁵. Cet arrêté n'est toujours pas là. La même loi prévoit la création d'« un Conseil national de gestion des épidémies, des urgences et des catastrophes »⁶⁰⁶. Ce conseil n'est toujours pas mis en place. Ce qui justifie le tâtonnement observé lors de la gestion du dixième épisode. Tantôt c'est directement le ministère, tantôt c'est la présidence de la République, tantôt ce sont les deux sous l'intermédiaire du secrétariat technique, etc. qui a géré la riposte. *Quarto*, les différentes lois stipulent que c'est le gouvernement congolais qui coordonne la riposte et invite les partenaires pour l'aider. Néanmoins, ces textes de lois ne disent pas comment exactement les différents partenaires

⁶⁰² Article 48 alinéa 11, *Idem*.

⁶⁰³ Article 76 alinéa 6, *Idem*.

⁶⁰⁴ Toutefois, les élections municipales ont été organisées le 20 décembre 2023 uniquement dans les chefs-lieux des Provinces.

⁶⁰⁵ Article 105 de la loi n° 18/035 du 13 décembre 2018 fixant les principes fondamentaux relatifs à l'organisation de la Santé publique.

⁶⁰⁶ Article 106, *idem*.

doivent interagir d'abord entre eux, ensuite avec le gouvernement et enfin avec les entités de base. Surtout aussi, le fait qu'une zone de santé est à cheval sur deux ou trois communes ou sur plus d'une chefferie ou d'un secteur pose le problème de commandement. Le médecin chef de la zone de santé passe quasiment pour un électron libre par rapport au pouvoir administratif local (du maire, du Bourgmestre ou du chef de chefferie). Ce flou n'est pas sans conséquence sur l'efficacité et l'efficience du travail sur terrain. *Quinto*, l'approche communautaire n'est pas prise en compte par ces textes de lois.

Il y a lieu de repérer certains gaps en analysant les réponses des enquêtés aux questions relatives à leurs connaissances en matière sanitaire.

IV.2.1.2. Connaissances actuelles des enquêtés en matière sanitaire

A partir des réponses données, les gaps à remplir ont été décelés.

❖ Présentation

Une question particulière a été posée aux soignants en qualité de spécialistes du domaine médical ou de la santé. Elle visait à savoir s'ils connaissaient la loi actuelle qui régit le secteur de la santé en RDC.

Tableau N° 41 : connaissances sur la loi actuelle de la santé

N°	Loi actuelle sur la santé	Effectifs	Pourcentage
1.	Ne sais pas	107	64,8
2.	Abstention	36	21,8
3.	Constitution de 2006 et loi de décembre 2018	11	6,7
4.	Loi de 2000	6	3,6
5.	Loi de 1952	4	2,4
6.	Loi de 2021	1	0,6
	Total	165	100

Source : construction à partir des données récoltées en 2022.

Sur les 165 individus interrogés, 36 se sont abstenus de répondre à la question, 11 ont cité la constitution de 2006 et la loi de décembre 2018, 6 ont parlé d'une loi qui serait de 2000, 4 de la loi de 1952, une personne de la loi qui serait de 2021, et 107 ont carrément dit ignorer le texte de loi qui régit le secteur de la santé en RDC. Le constat est que seuls 11 sur 165 soignants interrogés connaissent l'année de la loi qui régit le secteur de la santé en RDC.

Une autre question corollaire à celle-là a été posée, celle de savoir s'ils savent comment est organisé le système sanitaire congolais. Leurs réponses sont résumés dans le tableau ci-après :

Tableau N° 42 : connaissances sur l'organisation de la santé

N°	Organisation du secteur de la santé	Soignants	Communauté	Vainqueurs	Effectifs	Pourcentage
1.	Ne sais pas	85	136	33	254	61,6
2.	Abstention	40	17	1	58	14,1
3.	Oui	40	51	9	100	24,3
	Total	165	204	43	412	100

Source : construction à partir des données recueillies en 2022.

La ligne numérotée 1 montre que la grande majorité de personnes interrogées ignore la manière dont le système sanitaire congolais est organisé. La ligne numérotée 3 montre que moins d'un quart déclarent savoir comment est organisé ce système.

Ceux qui disent savoir comment est organisé le système de santé expliquent leur réponse par le fait que c'est un système pyramidal (et ou hiérarchisé), c'est-à-dire organisé du sommet à la base. Par sa compréhension, ce système connaît, au niveau local, des structures sanitaires (15 opinions chez les soignants, 7 opinions chez les communautés et 2 chez les « vainqueurs »), des aires de santé (5 opinions chez les soignants et 9 opinions chez les communautés) et des zones de santé (22, 34 et 2 opinions respectives). Au niveau intermédiaire, il y a la division et l'inspection provinciales (18, 30 et 1 opinions). Au niveau national, c'est le ministère de la santé (21, 31 et 2 opinions). Et au niveau mondial, c'est l'Organisation Mondiale de la Santé (3 opinions chez les soignants et 3 opinions chez les communautés). 4 et 7 opinions chez les soignants et les communautés reconnaissent le rôle du ministère provincial de la santé dans l'organisation du secteur de la santé. Toutefois, le rôle de la communauté locale (2 et 3 opinions chez les soignants et les communautés) est presque méconnu.

La majorité qui a dit ne pas connaître l'organisation du système sanitaire congolais évoque le manque d'information et de formation (52, 68 et 19 opinions chez les soignants, communautés et « vainqueurs »), et le fait que les communautés (34 opinions) et « vainqueurs » (7 opinions) ne sont pas du domaine de la santé. Les soignants, se concentrant à la pratique, disent avoir presque tout oublié de l'organisation du système sanitaire après avoir quitté le banc de l'école.

A partir de ces informations, quelques *gaps* à remplir ont été repérés.

❖ Gaps constatés

Le manque d'informations et de formation constitue la principale limite constatée. Ce manquement porte sur des éléments à la fois administratif et juridique comme relevé dans

la présentation ci-haut. La question de santé est réduite à la seule relation soignant-patient dans les milieux hospitaliers. Les éléments de santé, extérieurs aux milieux hospitaliers, ne sont pas pris en compte. Et pourtant la question sanitaire doit être comprise dans sa dimension systémique qui englobe aussi bien l'environnement interne que celui externe. En fait, la mission qu'exerce le soignant sur l'être humain lui a été confiée⁶⁰⁷. De ce fait, la question médicale et « éthique ne doit pas s'affranchir d'une analyse du contexte social et politique »⁶⁰⁸. L'organisation du secteur de la santé n'est pas bien connue aussi bien par la population que par le personnel soignant. L'arsenal juridique est méconnu. Sur le plan éthique, le personnel soignant se contente du serment d'Hippocrate et de Florence.

IV.2.2. Eléments de renforcement de la politique et du système sanitaire de la RDC

Les *gaps* constatés dans le point précédent permettent de dégager un certain nombre de points sur lesquels il faut travailler pour renforcer la politique et le système sanitaires de la RDC, surtout en cas d'épidémies. Ce faisant, cinq points ont été retenus dans ce travail pour relever le défi.

Primo, il faudra renforcer le pouvoir des autorités locales en matière de santé publique. Pendant la riposte contre le dixième épisode d'Ebola en RDC, les autorités territoriales locales avaient servi comme des simples sensibilisateurs de la population. Elles n'avaient pas un pouvoir de direction du travail de la riposte dans leurs entités administratives. En effet, *de facto* comme *de jure*, elles n'ont aucun pouvoir d'injonction sur les autorités sanitaires. Leur rôle se limite à la collaboration et au lancement des campagnes de vaccination. La décentralisation technique dont jouit le secteur de la santé en serait à l'origine. Tout de même, le législateur a accordé certaines prérogatives (cf. supra) sanitaires aux entités territoriales. Ces dernières traînent à les exécuter faute d'élections des animateurs et d'installations des organes y afférents. De ce fait, l'organisation des élections communales, urbaines et locales urge pour une implication conséquente et une responsabilisation de l'autorité locale dans le domaine de la santé. Même lorsque l'organisation de ces élections aura été effective dans toutes les entités concernées, comme elle a commencé dans les chefs-lieux des Provinces, il faudra que la décentralisation soit une réalité.

Secundo, la fixation et la vulgarisation des mesures de protection de la population et de lutte contre les maladies transmissibles, les endémies et les épidémies devraient être parmi

⁶⁰⁷ Kane and Kane, p. 29.

⁶⁰⁸ *Ibidem*, p. 30.

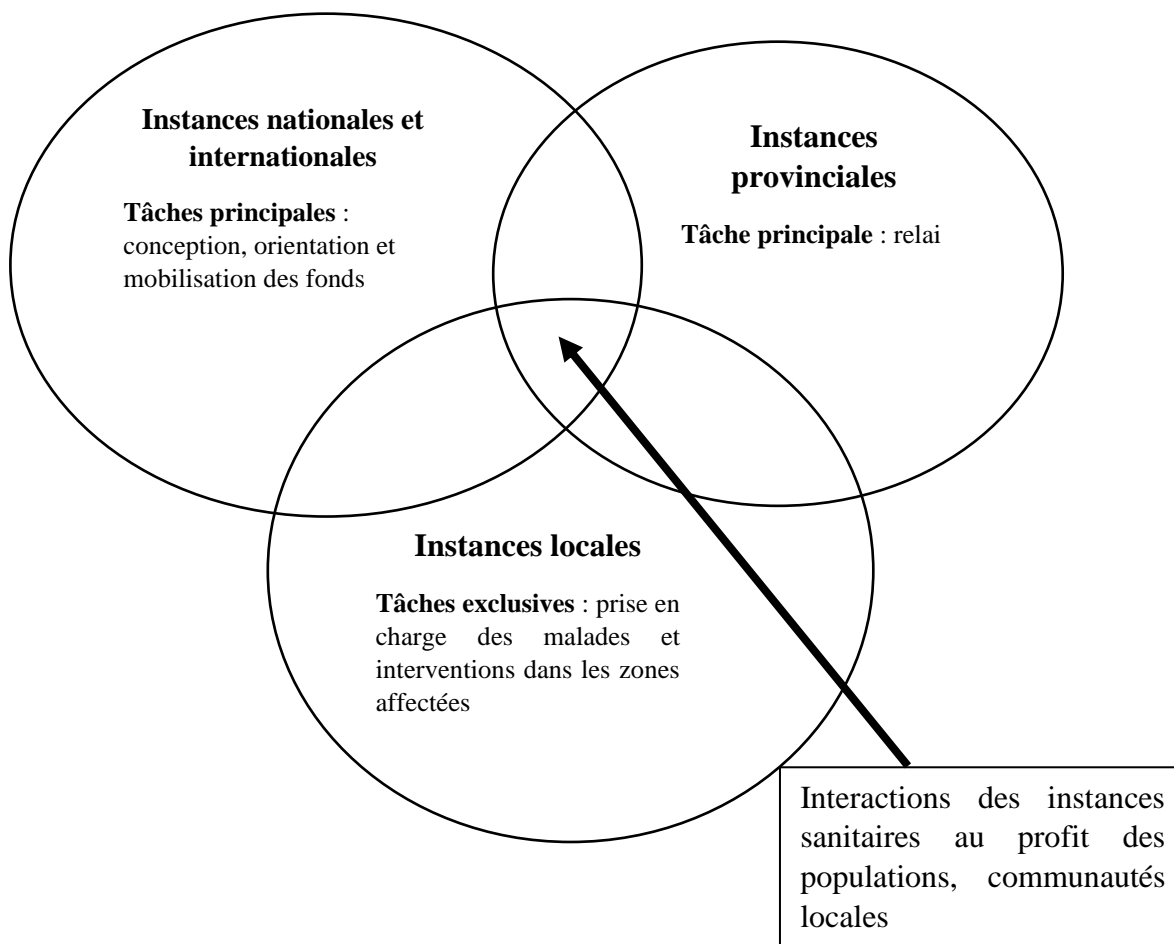
les priorités du ministère de la santé publique. L'autorité territoriale locale devra être au centre des activités y afférentes.

Tertio, l'urgence de mettre en place le conseil national de gestion des épidémies, des urgences et des catastrophes et sa ramification dans les provinces et les hôpitaux. Ce conseil permettra, d'une part, d'éviter la cacophonie qui a eu lieu entre le ministère de la santé et la présidence de la République et, d'autre part, d'éviter de réduire l'autorité territoriale locale à un simple agent de sensibilisation ou de communication. Par ailleurs, il permettra de surveiller de manière permanente les cas suspects à partir des hôpitaux ou structures sanitaires. Celles-ci pourront dès lors remonter les informations à la zone de santé pour qu'elles parviennent à la province et au conseil national pour un appui approprié à la communauté locale. Au niveau local, c'est l'autorité politico-administrative élue qui devra présider le comité local de santé qui sera en même temps le comité local de gestion des épidémies..... Ce comité pourra être composé d'un Président (autorité politico-administrative locale de l'entité qui héberge le chef-lieu de la zone de santé), d'un 1^{er} vice-Président (Médecin chef de zone), d'un 2^{ème} vice-Président (Représentant de la société civile locale), d'un secrétaire rapporteur (Médecin directeur de l'HGR), les représentants des animateurs des CAC et RECO, et les responsables des cellules de prévention et lutte contre les épidémies dans les structures sanitaires. Le comité de santé aurait entre autres pour tâche de recenser les pratiques culturelles locales sur la santé et l'hygiène afin de leur capitalisation dans la prévention et la gestion des épidémies. La mission de ce comité devrait se résumer en trois : prévention (avant maladie), traitement (pendant) et résilience (après). Une cellule permanente chargée des urgences devra être opérationnel dans chaque structure sanitaire. Par ailleurs, la science doit être au service de la communauté. Ce faisant, l'autorité locale devra veiller à constituer une équipe multidisciplinaire comprenant ceux qui ont l'expérience théorique et ceux ayant une expérience pratique ou de vie.

Quarto, il faudra travailler sur les interactions entre différents niveaux des intervenants en clarifiant les rôles de chacun. Les acteurs du niveau international et national en interaction avec le niveau organisationnel local devraient se focaliser sur la conception de grandes orientations, la capacitation et le financement. Les acteurs concernés sont l'OMS et autres agences des Nations Unies, les ONG internationales et le gouvernement de la République. Le niveau provincial devrait servir de relai entre le niveau local et le niveau national. Les acteurs concernés sont le gouvernement provincial, la division provinciale, et les ONG et autres organismes à vocation provinciale. Le niveau local devrait s'occuper de la prise en charge dans toutes ses dimensions. L'exécution devra donc être exclusivement locale. Sa matérialisation pourra se traduire par la mise en place d'une politique de « paroissialisation »

de la prise en charge des communautés affectées afin de briser les prétextes favorisant la résistance. Les acteurs locaux concernés sont le comité de santé, les structures sanitaires, les ONG et autres organismes à caractère local. La responsabilisation du niveau local dans la prise en charge complète, c'est-à-dire l'exécution, permettra d'éviter la prolifération d'intervenants dans la zone affectée par la maladie ou l'épidémie. Ceci permettrait de dépouiller la riposte contre les épidémies de ce que Simplicie Ayangma Bonoho a appelé « pré-supposés colonialistes »⁶⁰⁹ qui étaient décriés pendant le dixième épisode d'Ebola en RDC. Schématiquement, ce modèle interactif et de « paroissialisation » se présente comme ci-après :

Figure N° 9 : Interaction entre instances et « paroissialisation » de la prise en charge sanitaire



Source : Notre conception

Quinto, le renforcement de l'appropriation de l'organisation du système sanitaire aussi bien par la population que par les soignants. Les principes « santé pour tous et par tous »

⁶⁰⁹ Simplicie Ayangma-Bonoho, *L'OMS en Afrique centrale: histoire d'un colonialisme sanitaire international, 1956-2000* (Paris: Éditions Karthala, 2022), p. 7.

et « nul n'est censé ignorer la loi » font que la question sanitaire n'est pas réservée à une catégorie seulement. Ainsi, des séances de formation sanitaire devront être multipliées dans les ménages, aux quartiers, dans les Eglises et Ecoles, etc.

Sexto, il faut appliquer les dispositions légales⁶¹⁰ qui rendent obligatoire la couverture santé universelle (cf. articles 41-43). Un des défis que devra rencontrer l'exécution de cette couverture santé universelle est son financement. En effet, le commun des mortels pourrait penser à la gratuité des soins alors qu'en réalité les soins ne seront pas gratuits. Dans un pays comme la RDC où le taux de chômage est très élevé (plus ou moins 80 %⁶¹¹), il est difficile de rendre la couverture santé universelle obligatoire car chaque citoyen aura l'obligation de participer à son financement. Dans une telle situation, pour assurer l'accès équitable, l'assurance qualité des soins, la protection financière pour tous et la solidarité nationale, c'est la gratuité des soins pour tous qui serait indiquée. Ou alors, il faudrait instaurer des exemptions de paiement⁶¹² comme ce fut le cas au Sahel. Au fur et à mesure que des obstacles économiques liés à l'emploi disparaîtront, il faudra également que la gratuité soit progressivement adaptée au contexte.

⁶¹⁰ Le Président de la République, *Ordonnance-loi N° 23/006 du 03 mars 2023 modifiant et complétant la loi N° 18/035 du 13 décembre 2018 fixant les principes fondamentaux relatifs à l'organisation de la santé publique*, Kinshasa, 2023.

⁶¹¹ Données de la Banque Mondiale de 2019, disponibles sur <https://lesmedias.net/2023/01/01/>, consulté le 03 août 2023.

⁶¹² Jean-Pierre Olivier De Sardan, 'La quantité sans la qualité ? Mise en forme et mises en oeuvre des politiques d'exemptions de paiement au Sahel', in *Une politique publique de santé et ses contradictions : La gratuité des soins au Burkina Faso, au Mali et au Niger*, by Jean-Pierre Olivier De Sardan and Valéry Ridde, Hommes et sociétés (Paris: Kathala, 2014), pp. 51–84.

Conclusion de la troisième partie

Pour rappel, la présente étude s'intéresse principalement aux déterminants des logiques d'actions et des réactions locales dans la réponse au 10^{ème} épisode de la MVE en RDC. S'inscrivant dans cette optique, cette partie, consacrée à la compréhension de la MVE et à la gouvernance du dixième épisode dans le maillage socioculturel, politique et économique local a permis de parachever la réponse à nos questions de recherche. Le discours local sur la MVE, le *modus operandi* de la gouvernance de cette riposte et les mécanismes de résilience développés par les populations locales ont été passés au peigne fin afin de dégager laquelle des actions entraînait plus de scepticisme que d'autres chez les habitants.

Concernant la maladie, la compréhension médicale de l'Ebola a été presque rejetée même parmi ceux qui étaient d'accord avec la lutte contre la MVE. Un discours attribuant à la MVE une compréhension situationnelle a été développé. Ce discours rumorale portait sur des présumés complotistes, sur le lien entre la MVE et la continuation des massacres des civils sévissant à Beni depuis 2014 et sur une histoire de sorcellerie ou mauvais sort qui se serait produit à Mangina. Cette manière de comprendre n'a été qu'une manifestation de la méconnaissance de la MVE qui, malheureusement, est arrivé dans une période suspicieuse. Cela a été accentué par le déficit d'appropriation du danger que représente la maladie.

Trois modes d'actions ont été examinés dans la catégorie « recherche active ». *Primo*, l'organisation de la cohorte des véhicules pour le travail de terrain est majoritairement refusée par la communauté et les soignants, mais elle est majoritairement acceptée par les « vainqueurs ». *Secundo*, la recherche des malades dans les villages et ménages est majoritairement acceptée par les soignants et les « vainqueurs », mais majoritairement refusée par la communauté. *Tertio*, l'installation des tentes dans les quartiers pour la vaccination est majoritairement acceptée par toutes les couches interrogées. Les raisons qui plaident pour et contre sont multiples comme cela a été développés dans la sous-section y afférente. Par ailleurs, les justifications en faveur du « oui » portent essentiellement sur l'objectif poursuivi, celui de sauver des vies humaines. Il fallait essayer de guérir ceux qui étaient déjà malades et arrêter la propagation de la maladie. Les justifications en faveur du « non » portent essentiellement sur les moyens ou méthodes à appliquer pour atteindre l'objectif.

En outre, la stratégie visant à isoler les CTE des structures sanitaires habituelles a été acceptée par la majorité d'enquêtés qui avaient été informés du risque de propagation de la maladie si jamais l'on ne prenait pas de précautions. D'ailleurs, les « vainqueurs » ont jugé de

manière satisfaisante leur prise en charge dans les CTE. Ce qui dérangeait est le nombre élevé de morts qui y était signalé.

Enfin, un mot a été placé concernant la sécurité physique et alimentaire pendant le dixième épisode d’Ebola. *Primo*, bien que la militarisation de la riposte ait été considérée dans l’ensemble comme étant normale, les soignants et les membres de la communauté sont partagés presque à égalité entre sa normalité et son anormalité. Ceux qui sont d’accord estiment que les travailleurs ainsi que les sites de travail avaient besoin de la sécurité. Autrement dit, la militarisation n’est tolérable qu’en cas de force majeure. Que ce soient les pro ou les anti-militarisation de la riposte, tous sont d’avis que les milieux hospitaliers sont neutres et apolitiques. A ce titre, tout leur travail doit se dérouler sans faire recours aux armes. Ce faisant, les sociétés de gardiennage et les leaders locaux devraient être utilisés pour rassurer les membres de la communauté affectée. C’est ce que nous avons appelé approche par la sécurité civile ou communautaire. *Secundo*, concernant l’importation des aliments utilisés par la riposte, toutes les couches interrogées sont en désaccord avec cette stratégie. Trois catégories de raisons expliquent ce désaccord. La première, prépondérante, est liée au manque à gagner subi sur le marché local. En fait, les enquêtés sont d’avis que les achats locaux renforceraient l’économie locale et, par ricochet, crédibiliseraient l’action de la riposte dans les communautés affectées. Le fait de n’avoir pas acheté localement a donné l’impression qu’il s’agit plutôt d’un *business* qui se cacherait derrière cette aide humanitaire. Les achats extérieurs viendraient en appui aux achats sur le marché local. La deuxième catégorie est liée à la qualité, jugée inappropriée, de ces aliments. La troisième catégorie est celle du refus de la dépendance qui caractérise la population locale. Pour les aliments comme le haricot, le riz, la farine de maïs, etc., elle veut manger « local » et « bio » à la sueur de son front. Plus d’une fois, des aides humanitaires ont été refusées dans cette contrée. C’est le cas par exemple en 2005 de la population de Kanyabayonga⁶¹³ qui avait dit avoir besoin de la paix et non de l’aide humanitaire. A ces propos, un témoin oculaire qui était dans la délégation de la Commission Justice et Paix du Diocèse de Butembo-Beni a déclaré ce qui suit : « Les populations avaient estimé d’ailleurs que cette aide l’insécurise davantage. Les bandits venaient nuitamment ravir ce qui avait été donné. Par cette action, elle avait lancé un message fort à la nation et à la communauté internationale de s’attaquer au vrai problème et non aux épiphénomènes »⁶¹⁴.

⁶¹³ XXX, RDC. Kanyabayonga : « les déplacés veulent être écoutés. », disponible sur <https://umoja.org/2005/04/09/rdc> consulté le 9 mai 2023.

⁶¹⁴ Témoignages recueillis le 16 juillet 2023.

Des mécanismes de résilience inventés au sein des communautés locales ont mis la pression sur les organisateurs de la riposte. Ces mécanismes ont combinés les moyens aussi bien pacifiques que violents. La gouvernance de la riposte contre le dixième épisode n'a pas eu d'oreilles sourdes. C'est ainsi qu'elle a analysé en profondeur les réactions à ses logiques d'actions. Elle a constaté que l'accès à la manne financière figurait parmi les multiples raisons implicites des réactions négatives à son action. De ce fait, il a mis en place un plan, basé sur des motivations financières et pouvant rallier les personnes et les groupes influents dans la contrée. C'est ce que nous avons nommé « coopération monnayée » et « partage concerté de la manne » de la riposte. Le scepticisme et le pessimisme affichés n'étaient que de façade ou un prétexte pour couvrir la vraie motivation. Au même titre que les agents de la riposte qui se cachaient derrière la livraison de l'aide humanitaire alors que derrière il y avait un *business*, certains groupes parlant au nom de la population ont découvert que derrière la riposte se cachait la « manne » financière à laquelle ils devaient accéder.

Conclusion générale

La présente étude a porté sur les logiques d'actions et les réactions locales dans la lutte contre le dixième épisode de la maladie à virus Ebola (MVE) en RDC. La démarche empruntée est hypothético-déductive. Elle s'est principalement interrogée sur les déterminants des logiques d'actions et des réactions locales dans la lutte contre le 10^{ème} épisode de la MVE en République Démocratique du Congo. Assise sur trois piliers (la MVE, la gouvernance du 10^{ème} épisode et la résilience locale), la question secondaire est la suivante : quelles sont les logiques d'actions et les réactions locales face à la MVE, à la gouvernance et à la résilience dans la lutte contre le 10^{ème} épisode de la MVE en RDC ?

En réponse à la question principale, nous avons pensé que les déterminants des logiques d'actions et des réactions locales dans la lutte contre le 10^{ème} épisode de la MVE en RDC seraient la méconnaissance du milieu par les organisateurs et la méconnaissance de la MVE par la population locale. Pour sa part, la question secondaire a suscité deux hypothèses. *Primo*, les logiques d'actions seraient la maîtrise rapide de la MVE et la sécurisation des équipes déployées sur le terrain. Pour cela, les organisateurs de la riposte auraient mis en place un mode opératoire adapté à la menace (MVE) et un dispositif sécuritaire adapté à l'environnement général de la région de Beni-Butembo. *Secundo*, les réactions locales seraient le discours suspicieux des logiques d'actions mises en place et le doute sur l'existence de la MVE. Ceci aurait occasionné la mobilisation des mécanismes de résilience au sein des communautés locales pour faire fléchir et adapter les logiques d'actions mises en place.

Sur le plan méthodologique, les approches systémique et socio-anthropologique ont permis d'aborder les aspects aussi bien formels qu'informels relatifs à la thématique développée. Les entretiens semi-directifs, le questionnaire et l'échantillon volontaire, le récit de vie et la méthode boule de neige, les observations indirectes, les techniques documentaires et la méthode ECRIS ont permis de récolter les données empiriques qui ont rendu possible la rédaction de ce travail. Cinq principaux chercheurs ont été mis à contribution pour récolter ces données. La région de Beni-Butembo concernée par ces enquêtes comprend les entités territoriales ci-après : le territoire de Beni, la ville de Beni, la ville de Butembo et le territoire de Lubero. Le logiciel Sphinx et, quelques fois, le dépouillement manuel ont aidé au traitement des données récoltées. L'analyse de contenu et le test du Chi-deux ont été capitaux dans l'analyse des données récoltées. Ils ont permis de repérer les thèmes pertinents en montrant le poids de leurs fréquences. L'analyse comparative a également servi pour repérer les ressemblances et les dissemblances dans les réponses des couches interrogées. L'analyse

actancielle a également servi pour identifier les rôles joués par les différents protagonistes dans la riposte contre le 10^{ème} épisode de la MVE.

Ce travail a été compartimenté en trois parties composées chacune des chapitres. La première partie traite des fondements théoriques. Elle est subdivisée en deux chapitres. Le premier présente le milieu d'étude et essaie d'élucider les concepts. Le second présente les théories de l'action (la politique) publique et celles de l'action collective. La deuxième partie présente la MVE et analyse la mise en place de la riposte et les attentes de la population dans la lutte contre le dixième épisode de la Maladie à virus Ebola. Elle est constituée de trois chapitres. Le premier esquisse la MVE dans ses caractéristiques et évolution. Le deuxième est consacré à l'évolution organisationnelle de la riposte contre le dixième épisode de la MVE. Le troisième traite de l'accueil et des attentes communautaires vis-à-vis de la riposte contre le dixième épisode de la maladie à virus Ebola. La troisième partie, intitulée Ebola et lutte contre le dixième épisode dans le maillage socioculturel, politique et économique local, est divisée en quatre chapitres. Le premier porte sur la compréhension locale de la MVE. Le deuxième s'est focalisé sur les *modus operandi* des organisateurs de la riposte. Le troisième parle des mécanismes de résilience et les effets de ces mécanismes sur la lutte contre l'épisode étudié. Le quatrième chapitre présente les leçons apprises et les éléments de renforcement de la politique publique de santé applicables aux épidémies de type Ebola.

Eu égard à ce qui précède, le présent travail a abouti aux résultats ci-après :

Concernant l'hypothèse principale, celle-ci a été nuancée. En fait, les organisateurs de la riposte contre le 10^{ème} épisode ne connaissaient pas la région de Beni-Butembo. C'est ce qui a fait qu'ils utilisent des logiques comprenant des modes d'actions qui contrastent avec les pratiques et habitudes locales en matière d'administration des soins. Ces logiques ont été en partie à la base de l'indifférence et ont engendré la résistance au sein des communautés locales. Néanmoins (la nuance), tous les modes d'actions adoptés n'ont pas suscité un refus total ou une acceptation totale. Certains des modes d'actions prises en compte dans cette étude avaient été acceptés, d'autres avaient été refusés. Les réponses des couches enquêtées le témoignent. Les raisons en faveur ou en défaveur de l'un ou de l'autre mode opératoire ont été longuement étayées dans le corps de ce travail. Par ailleurs, les réactions locales enregistrées montrent que la maladie était inconnue à Beni-Butembo non pas parce qu'elle est à sa première apparition dans la contrée ; mais parce qu'il lui a été attribuée une compréhension non médicale. En fait, la maladie a été définie par rapport à l'environnement sécuritaire, politique et économique qui sévit dans la région de Beni-Butembo. Les hypothèses secondaires ont elles aussi été nuancées. En fait, les logiques d'actions étaient dans le sens de maîtriser rapidement

la MVE et de sécuriser les équipes déployées sur le terrain. Néanmoins, les organisateurs n'ont pas tenu compte des perceptions, croyances et opinions de la population-cible pour qu'elle s'approprie la riposte. Par exemple, ils n'ont pas tenu compte de l'image négative que les communautés locales ont de l'armée et de la police commises à la sécurité des équipes et activités. Aussi, l'unilatéralité dans l'action a suscité des réactions hostiles. Toutefois, au cours de la même riposte, les organisateurs se sont ravisés à la suite des mécanismes de résilience mobilisés. Ceci a facilité la coopération pour ainsi mettre fin au 10^{ème} épisode. Cette coopération a pris plusieurs formes dont l'embauche, le partage concerté de ce qui a été considéré comme une « manne » et l'option pour ce que nous avons nommé sécurisation civile ou communautaire. Cette étude a permis de montrer l'importance de la prise en compte de l'opinion de la minorité. C'est ce qui a été appelé « puissance de l'effet minorité ». Celui (l'organisateur) qui était considéré comme le bourreau des communautés locales a par la suite été admis non pas parce qu'il a convaincu mais parce qu'il fallait faire avec lui pour espérer s'en tirer d'en fer ; c'est le syndrome de Stockholm⁶¹⁵.

En confrontant l'approche intégrée des politiques publiques aux données empiriques, il a été constaté les effets croisés des « 3 i » et de l'action collective. L'opinion (idée, vision) locale a évolué grâce à l'expérience des survivants, à l'octroi du travail avec les avantages pécuniaires y afférents et à la sensibilisation. Les institutions (ou organes) mises en place par la riposte ont aussi évolué grâce aux actions de revendication, au partage des dividendes matériels et à la quête de la notoriété symbolique et politique. Pour leur part, les intérêts (financier et symbolique) des intervenants internationaux ont à la fois été consolidés et perturbés. Au regard de ces éléments, il y a lieu de dire que les intérêts ont été prépondérants sur les institutions et les idées. Les institutions ont, à leur tour, été prépondérantes sur les idées. En fait, les perceptions (*Homo socialis*) et les institutions (*Homo juridicus*) ont été utilisées comme des chiens de chasse pour attraper la manne (*Homo oeconomicus*). Cette réalité a été aussi vraie pour les agents de la riposte que pour les couches de la population intéressées. En effet, l'installation de la riposte et ses logiques d'actions étaient toutes budgétivores. Les stratégies mises en place pour dompter l'adhésion populaire à la riposte étaient aussi budgétivores.

La théorie de la 'main invisible' a été vérifiée en dépit du fait que les intérêts individuels ont semblé avoir des conséquences peu significatives sur la fin de cet épisode

⁶¹⁵ Charline D., *Syndrome de Stockholm*, 31 mai 2022, disponible sur <https://www.sante-sur-le-net.com/maladies/psychiatrie/syndrome-de-stockholm/> [consulté le 12/04/2024].

d'Ebola dans un court délai. En fait, l'un des points qui ont ravivé la tension était lié à la durée de la MVE. Au départ, les annonces officielles prévoyaient l'éradication d'Ebola dans trois mois. Le fait qu'Ebola s'est prolongé a été considéré comme un stratagème monté de toutes pièces par les riposteurs afin de continuer à tirer de cette calamité des dividendes pécuniaires. Tout de même, au même moment que les agents se servaient, la société a aussi été servie. Sur le plan économique, certaines consommations ont profité à l'économie locale. Sur le plan de l'objectif de la mission, Ebola a été éradiqué en dépit du temps qu'il a pris.

Par ailleurs, les différents groupes (religions, groupes de pression, société civile, mouvements citoyens, universités, structures sanitaires, RECO, CAC, etc.) ont trouvé leur rente en acceptant de s'engager pour accompagner la gouvernance de la riposte contre Ebola. Ainsi, la théorie de la *rent seeking* développée par Mancur Olson a été vérifiée. Il en est de même de celle de la gestion des institutions non marchandes qui postule que derrière les institutions et leurs compétences se cachent des intérêts individuels qui sont également financiers. Une grande partie des fonds mobilisés a servi pour le paiement des salaires et a assuré un certain prestige aux agents de la riposte. Cet argent a créé une ambiance exceptionnelle dans le milieu. De nouveaux restaurants et des terrasses pour consommer de la bière ont été créés, les agents roulaient dans des véhicules de luxe, s'entouraient de belles dames sans beaucoup de peine, ils ont loué des hôtels pour leurs logements, etc.. Les agents de la riposte se sont servis. Pour bien manger, ils ont rallié ceux qui réclamaient pour qu'ils mangent ensemble. C'est ce que nous avons appelé le partage mutuel de la « manne » de la riposte.

En outre, le modèle autoritaire et hiérarchisé, mis en place au départ, s'est révélé inopérant dans la lutte contre le 10^{ème} épisode d'Ebola. Il a été difficile, si pas impossible, que la population exécute sans faille et sans se questionner sur les mesures prises par les allochtones venus pour la riposte. L'on pourrait dire avec Charles Lindblom que le modèle de la rationalité parfaite avait failli en ce sens que les riposteurs n'avaient pas tenu compte du contexte et de la situation locaux. Face à des résistances, les riposteurs n'ont trouvé aucune autre voie que d'essayer d'écouter la population cible. C'est ce qui a justifié cette sorte de gestion par essais-erreurs illustrée par les changements introduits dans l'organigramme et la réadaptation des modes d'actions.

S'agissant du néo-institutionnalisme sociologique qui réfute l'idée d'une rationalité dans la prise des décisions, il s'est avéré qu'au début de la riposte les équipes avaient des solutions qu'elles ont essayé de transposer au problème qui venait de se produire à Mangina. Cala n'a pas marché à cause de la multiplicité d'acteurs mus par des motivations, des convictions et des pratiques diverses. En fait, l'on a remarqué que l'organisation de la riposte

contre Ebola a été caractérisée par une ambiguïté due au contexte et au milieu d'action. A certains moments, l'on ne savait pas qui faisait quoi, qui contrôlait qui et quoi. Cette situation avait rencontré le modèle de l'anarchie organisée et son corollaire, c'est-à-dire le modèle de la poubelle. Au même moment, les intervenants étaient organisés en *clusters* selon les réseaux auxquels ils s'identifiaient. Revenant aux anarchies organisées, celles-ci riment bien avec la situation des urgences. En fait, en cas d'une situation inattendue et qui demande des réponses urgentes, certains principes peuvent être abandonnés au nom de l'humanitarisme. Comme qui dirait, à une situation exceptionnelle, il faut imaginer des solutions exceptionnelles. C'est bel et bien ce qui s'est observé pendant le 10^{ème} épisode d'Ebola. C'est le cas par exemple des structures sanitaires et des agents sanitaires et humanitaires qui ont été sécurisés par des hommes armés. Les équipes de la riposte ont approché les groupes armés ou ont été approchées par ceux-ci pour faciliter le travail dans des zones sous leur contrôle. Même l'indépendance des équipes a été mise en doute car trop dépendante de l'Etat. Des ONG ont bénéficié de financements publics quand bien même le principe serait qu'elles soient financées par leurs membres, qui sont des privés, afin d'assurer leur neutralité sur terrain.

Enfin, certains habitants ont pris le courage de manifester, de dénoncer, voire de répandre les rumeurs. Leur engagement à cette cause a entraîné des changements dans la gouvernance de la riposte. L'on pourrait ainsi dire avec Thomas Kuhn que les luttes qui ont caractérisé la riposte n'étaient pas des conflits entre acteurs qui défendaient seulement les intérêts matériels. Mais qu'il s'agissait également des idées véhiculées par les différents acteurs concernés. A certains moments, cette lutte contre le 10^{ème} épisode d'Ebola a été caractérisée par la violence. Celle-ci n'a pas permis d'aboutir à la cohésion sociale telle que pensée par le courant du référentiel de l'action publique. Par ailleurs, la lutte contre cet épisode a donné une leçon pédagogique à l'opinion publique, celle consistant à montrer que l'action publique n'est pas le monopole du pouvoir public. Les privés et l'Etat (et ses composantes) peuvent s'unir autour d'une action commune visant à sauver les vies humaines (noyau dur), la logistique mobilisée pour cette fin (noyau facilitant l'action) et à sauvegarder les avantages que les acteurs en tirent individuellement ou collectivement (aspects secondaires). Comme il peut être remarqué, l'ordre d'importance ou la succession de ces trois éléments (noyau dur, noyau proche de l'action et aspects secondaires) peut varier. C'est d'ailleurs cela le cas dans cette étude. Ce qui est principal a été secondaire à un moment donné et vice-versa.

Les groupes sociaux et les militants les plus engagés avaient été pris en compte et embauchés par la riposte. Ceux qui ont été amorphes avaient été oubliés. Ceci vérifie certains aspects des théories de la mobilisation des ressources d'Oberschall et des incitations sélectives

de Mancur Olson. Néanmoins, le contrôle de certains embauchés n'a pas été facile. Les groupes ont perdu le contrôle sur certains de leurs membres embauchés. Ceux-ci n'ont pas voulu rétrocéder le dû convenu au départ. Un certain mimétisme a été observé chez certains groupes qui étaient engagés dans des manifestations. Par ailleurs, l'analyse stratégique s'est vérifiée aussi bien chez les agents de la riposte que chez certains groupes, devenus prestataires, alors qu'ils étaient seulement bénéficiaires au départ. Des groupes et des individus se sont battus au motif qu'ils défendaient leurs identités et valeurs supposément piétinées par la riposte contre le 10^{ème} épisode d'Ebola. Il a été constaté que ceci n'était qu'en partie un discours mobilisateur.

Cette calamité sanitaire a ouvert des fenêtres d'opportunités qui ont donné accès au travail, à l'argent, au prestige et, dans une certaine mesure, au développement des structures sanitaires. L'argent et la gestion unilatérale et savante de la riposte, au début, ont eu des effets pervers⁶¹⁶ sur les tentatives de mettre fin à l'épidémie. En fait, à part l'apparition de nombreux nouveaux cas, ils ont suscité des appétits d'accès aux ressources dont la finalité a été de participer au partage matériel et symbolique de la « manne » internationale.

Au demeurant, le modèle de politique de santé proposé est assis sur « la paroissialisation » des tâches exécutives qui devraient être l'exclusivité des instances locales pour rassurer les populations secourues.

⁶¹⁶ Raymond Boudon, *Effets pervers et ordre social*, Quadrige, 3e éd (Paris: Presses universitaires de France, 2009).

Bibliographie

Livres et chapitres (ou articles) des livres collectifs

- Abdoul Kane and Ousseynou Kane, *L'éthique, le soignant et la société* (Paris : l'Harmattan, 2016).
- Adolphe Tardif, *Notions Élémentaires de Critique Historique* (Saint-Pair, 1883).
- Adrien Mulumbati Ngasha, *Sociologie politique*, éd. Africa, Lubumbashi, 2009.
- Albert Ogien, *Politique de l'activisme: Essai Sur Les Mouvements Citoyens*, 1re édition (Paris: PUF, 2021).
- André Glucksmann and Thierry Wolton, *Silence, on Tue* (Paris: B. Grasset, 1986).
- André Grimaldi, *L'hôpital malade de la rentabilité* (Paris : Fayard, 2009).
- Andrej Zwitter, 'Principles and Professionalism: Towards Humanitarian Intelligence', in Hans-Joachim Heintze and Pierre Thielbörger (s/dir.), *International Humanitarian Action* (Cham: Springer International Publishing, 2018), pp. 103–20
https://doi.org/10.1007/978-3-319-14454-2_6.
- Annie Chaloux and Eugénie Dostie-Goulet, 'Les groupes environnementaux québécois et leurs actions. Quelle influence sur l'action publique québécoise', in Jean-Patrick BRADY and Stéphane PAQUIN (s/dir.), *Groupes d'intérêt et mouvements sociaux*, Collection Prisme (Québec: Presses de l'Université Laval, 2017).
- Anthony Down, *An Economic Theory of Democracy* (New York: Harper & Row publishers, 1957).
- Anthony Oberschall, *Social Conflict and Social Movements*, Prentice-Hall Series in Sociology (Englewood Cliffs., N.J: Prentice-Hall, 1973).
- Antoine Megie, 'L'évolution Des Modèles d'analyse Des Politiques Publiques', in Christophe Roux and Éric Savarese (s/dir.), *Science Politique*, 3^{ème} édition (Bruxelles: Bruylant, 2019), pp. 109–23.
- Aristide R. Zolberg, « L'influence des facteurs "externes" sur l'ordre politique interne », in Madeleine Grawitz et Jean Leca (s/dir.), *Traité de Science politique*, vol. 1 (Paris: PUF, 1985).
- Babi Mbayi, *Industrialisation autocentrée et développement économique de la République Démocratique du Congo* (Kinshasa: Cellule d'Etudes Economiques et de Planification Industrielle (CEEPI), 1999).
- Barry Buzan, *People, States, and Fear: The National Security Problem in International Relations* (Brighton: Wheatsheaf Books, 1983).
- Bob Kabamba and Apollinaire Muholongu Malumalu (s/dir.), *Cadastre Des Infrastructures : Problèmes et Recommandations. Provinces Du Nord et Sud-Kivu République Démocratique Du Congo*, inédit, sd&l.
- Charles Taylor, *Multiculturalisme. Différence et démocratie*, Paris, Flammarion, 1997.
- Charles Tilly and Sidney Tarrow, *Politique(s) du conflit. De la grève à la révolution* (Paris: Presses de Sciences Po, 2008).
- Charles Tilly, 'Action Collective et Mobilisation Individuelle':, in Pierre Birnbaum, Jean Leca (dir.), *Sur l'individualisme* (Paris: Presses de Sciences Po, 1991), pp. 211–43
<https://doi.org/10.3917/scpo.birnb.1991.01.0211>.

- Christophe Voilliot, *Eléments de Science Politique*, coll. Logiques Politiques (Paris: L'Harmattan, 2010).
- Christopher J. Coyne, *Doing Bad by Doing Good: Why Humanitarian Action Fails* (Stanford, California: Stanford Economics and Finance, an imprint of Stanford University Press, 2013).
- Claude Roosens, 'La Diplomatie Contemporaine. Acteurs. Enjeux. Méthodes', in Tanguy de Wilde d'Estmael, Michel Liégeois et Raoul Delcorde, (dir.), *La diplomatie au cœur des turbulences internationales* (Louvain-La-Neuve: Presses Universitaires de Louvain, 2014), pp. 19-40.
- Colette Braeckman, « La campagne victorieuse de l'AFDL », in Colette Braeckman, Marc Schimtz, et Sophie Nolet (s/dir.), *Kabila prend le pouvoir*, Les livres du GRIP, n° 226-227 (Bruxelles: Editions GRIP : [Diffusion par] Editions Complexe, 1998).
- Cristina Aguiar and Khamliène Nhoyvannisvong, *Guide pratique de la négociation internationale*, Diplomatie et stratégie (Paris: l'Harmattan, 2010).
- Damien Lagauzère, *Sociologie et théorie du chaos*, Logiques sociales (Paris: L'Harmattan, 2007).
- Daniel Bertaux, *Le Récit de Vie*, Armand Colin (Paris, 2010).
- Daniel Kübler and Jacques de Maillard, *Analyser les politiques publiques*, Politique <en +> (Grenoble: Presses Univ. de Grenoble, 2009).
- Daniel-Louis Seiler, *La méthode comparative en science politique*, (Paris: Dalloz & Armand Colin, 2004).
- David Easton, *A Systems Analysis of Political Life*, 2ème édition (New York, 1967).
- Denys Cuche, *La notion de culture dans les sciences sociales* (La Découverte, 2016).
<https://doi.org/10.3917/dec.cuche.2016.01>.
- Emery Roe, *Narrative Policy Analysis: Theory and Practice* (Durham: Duke University Press, 1994).
- Émilie Richard Frève, 'chapitre V : Le rôle des idées dans la formulation des politiques publiques', in Stéphane Paquin, Luc Bernier, Guy Lachapelle (s/dir.), *L'analyse des politiques publiques* (Montréal: Les Presses de l'Université de Montréal, 2010), pp. 125–61.
- Emmanuelle Reungoat, 'Sociologie politique de l'Union Européenne', in Christophe Roux et Eric Savarese (s/dir.), *Science Politique*, 3^{ème} édition (Bruxelles: Bruylant, 2019), pp. 91–105.
- Erhard Friedberg, *La théorie des organisations et la question de l'anarchie organisée* (Paris: PUF, 1997).
- Erik Neveu, *Sociologie Des Mouvements Sociaux* (Paris: La Découverte, 2002).
- Etienne Farvaque and Sonia Paty, *Economie de la démocratie* (Bruxelles: De Boeck, 2009).
- Fernand Bationo, 'Le Pluralisme Médical à Ouagadougou', in Ludovic Lado (dir.), *Pluralisme Médical En Afrique. Hommage à Éric De Rosny* (Yaoundé-Paris: PUCAC-Karthala, 2011), pp. 289–300.
- Franck J. Farnel, *Le lobbying: stratégies et techniques d'intervention* (Paris: éditions organisation, 1994).

- François Dépelteau, *La démarche d'une recherche en sciences humaines: de la question de départ à la communication des résultats*, Méthodes en sciences humaines, 2^e éd (Bruxelles [Paris]: De Boeck, 2010), pp. 162, 166 & 167.
- François Rangeon, *Société civile: histoire d'un mot* (Uzès: Inclinaison, 2013).
- François Vachon, *Ebola et autres infections aiguës: les maladies qu'on n'attendait pas* (Paris : les Imliqués éditeur, 2015).
- Frédéric Claisse, Maxime Counet, and Pierre Verjans, *Introduction aux doctrines et aux idées politiques: une approche structurale* (Louvain-La-Neuve: De Boeck supérieur, 2017).
- Frederick W. Taylor, *The Principles of Scientific Management* (New York & London: Harper & Brothers publishers, 1911).
- G. A. Almond et G. B. Powel, *Comparative Politics. A developmental Approach*, Boston, 1966.
- Gabriel Tarde, Elsie Worthington Clews Parsons, and Frankklin H. Giddings, *The Laws of Imitation*, Reprinted (S.I.: Books LLC, 2009).
- Gabriel Tarde, *L'opinion et La Foule* (Paris: PUF, 1989 (1901)).
- Gene Sharp and others, *La lutte nonviolente: pratiques pour le XXI^e siècle* (Montréal (Québec) [Escalquens]: les Éditions Écosociété DG diffusion, 2015).
- Gerd Gigerenzer, 'What Is Bounded Rationality?', in *Routledge Handbook of Bounded Rationality* (London, New York, 2021).
- Gilles Lamarque, *Le Lobbying, Que Sais-Je ?* (Paris: PUF, 1994).
- Goggin M., Lester J., O'Toole L. & Bowman A., *Implementation theory and practice : a third generation*, Scott Foresman and Co., 1990.
- Gustave Le Bon, *Psychologie Des Foules* (Paris: PUF, 1989 (1905)).
- H. Courau, *Ethnologie de La Forme-Camp de Sangatte. De l'exception à La Régulation* (Paris: éd. Des archives contemporaines, 2007).
- Harold Dwight Lasswell, *Propaganda Technique in the World War* (New York: Knopf, 1927).
- Hedley Bull, *The Anarchical Society. A Study of Order in World Politics* (Londres: Macmillan, 1977).
- Henri Fayol, *Administration Industrielle et Générale* (Bulletin de la Société de l'Industrie minérale, Dunod, 1916).
- Henri Fayol, *General and Industrial Management*, 1st edn (Pitman, 1916).
- Henry Tourneux, 'Les savoirs locaux : comment les découvrir et comment les transmettre', in Clément Dili-Palaï (s/dir), *Savoirs locaux, savoirs endogènes: entre crises et valeurs* (Yaoundé: Editions du Schabel, 2019), pp. 15–29.
- Herbert A. Simon, *Administrative Behavior: A Study of Decision-Making Processes in Administrative Organizations*, 4th ed (New York: Free Press, 1997).
- Isaac Muhindo Kivikyavo, *Participation politique et comportement électoral en ville de Butembo. Identités des dirigeants, adhésions aux partis politiques, déterminants de vote et groupes sociaux*, 1. Auflage (Saarbrücken: Éditions universitaires européennes, 2021).
- Isaac Newton, *Philosophiae Naturalis Principia Mathematica* ("Mathematical Principles of Natural Philosophy"), (London, 1687).
- J. Freund, *L'essence Du Politique* (Paris: Sirey, 1965).
- Jacques A. Basso, *Les Groupes de Pression* (Paris: PUF, 1983).

- James N. Rosenau, *Turbulence in World Politics. A Theory of Change and Continuity* (Princeton: Princeton University Press, 1990).
- Jean-Claude Lukan, *La systémique sociale, Que sais-je ?, N°2738, 5^e éd. mise à jour* (Paris: Presses universitaires de France, 2012).
- Jean-Claude Thoenig, 'L'analyse Des Politiques Publiques', in Madeleine Grawitz et Jean Leca (s/dir.), *Traité de science politique : Les politiques publiques, TOME 4* (Paris: PUF, 1985), pp. 1–60.
- Jean-Jacques Roche, *Théories des relations internationales, Clefs, 4^e éd.* (Paris: Montchrestien, 2001).
- Jean-Marc Châtaigner et Hervé Magro, *Etats et sociétés fragiles: entre conflits, reconstitution et développement*, (Paris: Karthala, 2007).
- Jean-Michel Plane, *Théorie des organisations, Les topos, 5^e éd* (Malakoff: Dunod, 2017).
- Jean-Pierre Olivier De Sardan, 'La quantité sans la qualité ? Mise en forme et mises en oeuvre des politiques d'exemptions de paiement au Sahel', in Jean-Pierre Olivier De Sardan and Valéry Ridde (s/dir.) *Une politique publique de santé et ses contradictions : La gratuité des soins au Burkina Faso, au Mali et au Niger*, coll. Hommes et sociétés (Paris: Kathala, 2014), pp. 51–84.
- Jean-Pierre Olivier de Sardan, *La Rigueur Du Qualitatif: Les Contraintes Empiriques de l'interprétation Socio-Anthropologique*, Anthropologie Prospective, no 3 (Louvain-La-Neuve: Academia-Bruylant, 2008).
- Jean-Yves Dormagen and Daniel Mouchard, *Introduction à la sociologie politique, Ouvertures politiques, 2e éd., 2e tirage* (Bruxelles [Paris]: De Boeck, 2009)
- Karl Marx, *Le 18 Brumaire de Louis Bonaparte*, Collection : Classiques Du Marxisme, 3^{ème} édition (Paris: Les Editions sociales, 1969).
- Keith Dougherty, 'Precursors of Mancur Olson', in Jac C. Heckelman, Dennis Coates (s/dir.), *Collective Choice. Essays in Honor of MANCUR OLSON*, (Berlin Heidelberg: Springer-Verlag, 2003), pp. 17–31.
- Ken Booth, 'chapter 4 : Security and Self: Reflections of Fallen Realist', in K. Krause et M. Williams (s/dir.), *Critical Security Studies : concepts and strategies*, 1st edition (London: UCL Press, 1997), pp. 83–119.
- Lorenzo BARRAULT-STELLA, 'Des groupes d'intérêt à l'Ecole. Les collectifs locaux de parents d'élèves dans la fabrique de l'action publique éducative', in Stéphane Cadiou, *Gouverner sous pression? La participation des groupes d'intérêt aux affaires territoriales*, Droit et société (Série Droit-Recherches et travaux-Classics) (Issy-les-Moulineaux: LGDJ, lextenso éditions, 2016), VOL. 31, pp. 205–18.
- Luc Bernier and Guy Lachapelle, 'L'étude des politiques gouvernementales', in Stéphane Paquin, Luc Bernier et Guy Lachapelle (s/dir.), *L'analyse des politiques publiques* (Montréal: les Presses de l'Université de Montréal, 2010), pp. 9-35.
- Luc Bernier, 'La mise en œuvre des politiques publiques', in Stéphane Paquin, Luc Bernier et Guy Lachapelle (s/dir.), *L'analyse des politiques publiques* (Montréal: Les Presses de l'Université de Montréal, 2010), pp. 255–77.
- Luc Van Campenhoudt, Jacques Marquet, and Raymond Quivy, *Manuel de recherche en sciences sociales, 5^e éd. entièrement revue et augmentée* (Malakoff: Dunod, 2017).

- M. D. Cohen and J. P. Olsen, 'Le Modèle Du "Carbage Can" Dans Les Anarchies Organisées', in MARCH J.G., *Décision et Organisation* (Paris: Editions d'organisation, 1991).
- Madeleine Grawitz et Jean Leca (s/dir.), *Traité de science politique*, Tome 1, (Paris : PUF, 1^{ère} éd., 1985).
- Mancur Olson, *Logique de l'action collective* (Presses Universitaires de France, 1978).
- Mancur Olson, *The Logic of Collective Action: Public Goods and the Theory of Groups*, Harvard Economic Studies, 124 (Cambridge (Mass.) London: Harvard university press, 1971).
- Mancur Olson, *The Rise and Decline of Nations: Economic Growth, Stagflation, and Social Rigidities* (New Haven London: Yale university press, 1982).
- Markus Moke and Thomas Pfeiffer, 'The Basics of Managing Emergencies', in Hans-Joachim Heintze and Pierre Thielbörger (s/dir.), *International Humanitarian Action* (Cham: Springer International Publishing, 2018), pp. 417–33 https://doi.org/10.1007/978-3-319-14454-2_20.
- Maryse Gaimard, *Population et santé dans les pays en développement*, Populations (Paris : l'Harmattan, 2011).
- Michael Walzer, Jon Wiener, and Frédéric Joly, *Manuel d'action politique* (Paris: PP, Premier parallèle, 2019).
- Michel Crozier and Erhard Friedberg, *L'acteur et Le Système. Les Contraintes de l'action collective* (1977), (rééd. Paris: Seuil, 1982).
- Michel de Fornel, Albert Ogien, and Louis Quéré, *L'ethnométhodologie: Une Sociologie Radicale: Colloque de Cerisy*, Collection 'Recherches' (Paris: Découverte, 2001).
- Olivier Fillieule, 'Emergence et développement des mobilisations', in Antonin Cohen, Bernard Lacroix, and Philippe Riutort (s/dir.), *Nouveau Manuel de Science Politique*, Grands Repères (Paris: La Découverte, 2009), pp. 514–29.
- Olivier Martin, *L'analyse quantitative des données*, 128, 5^e éd (Malakoff: Armand Colin, 2020).
- Pascale Dufour, 'Comprendre les mouvements sociaux en science politique : une histoire tumultueuse et pleine de promesses', in Jean-Patrick Brady and Stéphane Paquin (s/dir.), *Groupes d'intérêt et Mouvements sociaux*, Collection Prisme (Laval: Presses de l'Université Laval, 2017), pp. 33–52.
- Patrick Hassenteufel, *Sociologie politique: l'action publique*, Collection U (Paris: A. Colin, 2008).
- Paul A. Sabatier, 'Fostering the Development of Policy Theory', in Christopher M. Weible et Paul A. Sabatier (s/dir.), *Theories of the Policy Process*, 1st edn (Routledge, 2019), pp. 321–36 <https://doi.org/10.4324/9780367274689-11>.
- Paul N'Da Paul N'Da, *Recherche et Methodologie En Sciences Sociales et Humaines Reussir Sa These, Son Memoire de Master Ou Professionnel, et Son Article*. (Paris: Harmattan, 2016) <http://www.vlebooks.com/vleweb/product/openreader?id=none&isbn=9782336720852> [consulté le 8 April 2021].
- Paul Pierson, *Politics in Time : History, Institutions, and Social Analysis* (Princeton: Princeton University Press, 2004).
- Paul Sabatier and H. Jenkins-Smith, 'The Advocacy Coalition Framework, an Assessment', in Paul Sabatier (s/dir.), *Theories of the Policy Process* (Boulder (Co.): Westview Press, 1999), pp. 117–66.

- Paulin J. Hountondji, *Les savoirs endogènes : pistes pour une recherche*, Série Des Livres Du Codesria (Dakar: Codesria, 1994).
- Peter DeLéon and Danielle M. Vogenbeck, 'The Policy Sciences at the Crossroads', in Fischer Frank, J. Miller Gerard, S. Sidney Mara (s/dir.), *Handbook of Public Policy Analysis : Theory, Politics, and Methods* (London, New York: CRC Press, 2007).
- Peter Hough, *Understanding Global Security* (London ; New York: Routledge, 2004).
- Philippe Aldrin, *Sociologie politique des rumeurs*, Sociologie d'aujourd'hui, 1^{re} éd (Paris: Presses universitaires de France, 2005).
- Philippe Braud, *Sociologie politique*, Manuel, 4^e éd (Paris: LGDJ, 1998).
- Philippe Braud, *Sociologie politique*, Manuel, 4^e éd (Paris: LGDJ, 1998).
- Pierre Lascoumes and Patrick Le Galès, *Sociologie de l'action publique*, ed. by François de Singly, 2^e édition (Paris: Colin, 2012).
- Pierre Muller, *Les Politiques Publiques* (Paris: PUF, 2018).
- Pierre PAILLE and Alex MUCCHIELLI, *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*, U, 5^{ème} éd. (Paris: Armand Colin, 2021).
- Pierre-André Taguieff, *Les théories du complot*, Que sais-je ?, n° 4066 (Paris: Que sais-je ?, 2021).
- Ralph H. Turner and Lewis M. Killian, *Collective Behavior*, 3rd ed (Englewood Cliffs, N.J: Prentice-Hall, 1987).
- Raymond Boudon, *Effets pervers et ordre social*, Quadrige, 3^e éd (Paris: Presses universitaires de France, 2009).
- Renaud Payre, 'Saisir Les Intérêts Urbains Pour Penser Le Gouvernement de La Ville. Groupes d'intérêt, Autonomisation du Politique et Genèse d'une Sociologie de l'action Publique Urbaine (Des Années 1930 Aux Années 1970)', in Stéphane Cadiou (s/dir.), *Gouverner Sous Pression ? La Participation Des Groupes d'intérêt Aux Affaires Territoriales*, Droit et Société (Série Droit-Recherches et Travaux-Classics), Vol. 31 (Issy-les-Moulineaux: LGDJ, lextenso éditions, 2016).
- René Berthier, *Une brève histoire de l'anarchisme*, La propagande par l'idée (Paris: les Éditions du 'Monde libertaire', 2021).
- Richard Rose and Phillip L. Davies, *Inheritance in Public Policy: Change Without Choice in Britain* (Yale: Yale University Press, 1994).
- Rico Baldegger and Marilyne Pasquier, *Le management dans un environnement dynamique: concepts, méthodes et outils pour une approche systémique*, Méthodes & recherches (Louvain-la-Neuve [Paris]: De Boeck, 2014).
- Roger-Gérard Schwardzenberg, *Sociologie Politique*, 5^{ème} éd. (Paris: Montchrestien, 1998).
- Sakoba Keita, *Ma lutte contre Ebola en République de Guinée* (Paris: l'Harmattan, 2021).
- Samy Cohen, *Les ONG face aux mouvements altermondialistes* (Paris: Presses de Sciences Po, 2004).
- Scott Greer A., *The emerging city: myth and reality* (New York: Free Press of Glencoe, 1962).
- Simplice Ayangma-Bonoho, *L'OMS en Afrique centrale: histoire d'un colonialisme sanitaire international, 1956-2000* (Paris: Éditions Karthala, 2022).
- Siri Tellier and others, 'Basic Concepts and Current Challenges of Public Health in Humanitarian Action', in Hans-Joachim Heintze and Pierre Thielbörger (s/dir.),

- International Humanitarian Action* (Cham: Springer International Publishing, 2018), pp. 229–317 https://doi.org/10.1007/978-3-319-14454-2_13.
- Sophie Landrieux-Kartochian, *Théorie des organisations*, Fac universités (Paris: Gualino-Lextenso éd, 2010).
- Steve Dreistadt, *A View from the Community*, 1985.
- Steven Lukes, *Power: A Radical View*, Third edition (London: Red Globe Press, 2021).
- Tanguy Struye de Swielande, *La Politique Étrangère de l'administration Bush* (Bruxelles: P.I.E. Peter Lang, 2007).
- Ted Robert Gurr, *Why Men Rebel*, Fortieth anniversary paperback edition (London New York: Routledge, Taylor & Francis Group, 2016).
- Thierry Balzacq and Frédéric Ramel, *Traité de relations internationales* (Paris: Sciences po, les presses, 2013).
- Thierry Tardy, *Gestion de crise, maintien et consolidation de la Paix: Acteurs, Activités, Défis*, Crisis Étudiants (Bruxelles: De Boeck, 2009).
- Thomas Hobbes, *Léviathan. Traité de la matière, de la forme et du pouvoir de la République ecclésiastique et civile* (Malmesbury London: Andrew Croke, 1651, traduit par Philippe Folliot, 2004).
- Thomas R. Dye, *Understanding Public Policy*, Fifteenth edition (Boston: Pearson, 2017).
- Thomas Samuel Kuhn and Laure Meyer, *La structure des révolutions scientifiques*, Champs, 115, Nouv. éd. augm. et rev. par l'auteur (Paris: Flammarion, 1991).
- Vincent Dubois, 'L'action Publique', in Antonin Cohen, Bernard Lacroix, and Philippe Riutort (s/dir.), *Nouveau Manuel de Science Politique*, (Paris: La Découverte, 2009).
- Vincent Dubois, 'L'action Publique', in Antonin Cohen, et al. (s/dir.), *Nouveau Manuel de Science Politique* (Paris: La Découverte, 2009).
- William I. Jenkins, *Policy Analysis: A Political and Organisational Perspective*, Government and Administration Series (London: Robertson, 1978).
- William Niskanen, *Bureaucracy and Representative Government* (Chicago II: Aldine-Atherton, 1971).

Articles scientifiques

- A. Lefebvre *et al.*, 'Case Fatality Rates of Ebola Virus Diseases: A Meta-Analysis of World Health Organization Data', *Médecine et Maladies Infectieuses*, 44.9 (2014), 412–16 <https://doi.org/10.1016/j.medmal.2014.08.005>.
- Abdoulaye Wotem Somparé, 'La Lutte Contre l'épidémie d'Ebola En Guinée et Les Difficultés Liées Aux Identités Professionnelles et Communautaires', *Sociétés Plurielles*, 3, 2019, 23 p.
- Adebimpe Wasiu Olalekan and Efuntoye Adeola, 'How Prepared Are Nigerian Schools for Ebola Virus Disease Prevention and Control?', *Annals of Global Health*, 80.6 (2015), 452. <https://doi.org/10.1016/j.aogh.2015.02.001>.
- André Lecours, 'L'approche Néo-Institutionnaliste En Science Politique: Unité Ou Diversité?', *Politique et Sociétés*, 21.3 (2002), 3–19.

- Basile Tanghe et A. Vangele, « Région de la Haute Ebola : Notes d'histoire (1890-1900) », *Aequatoria*, N° 6, Juin 1939, p. 61-65, disponible sur <https://www.jstor.org/stable/25837382>, consulté le 29/03/2024.
- Bernard Hours, 'La Santé Unique Ou La Globalisation Du Bien', in *Les Pratiques de Santé Dans Un Monde Globalisé*, by Isabelle Gobatto, Hommes et Sociétés (Paris - Pessac cedex: Karthala - MSHA, 2003).
- Bert Klandermans, 'New Social Movements and Resource Mobilization: The European and the American Approach Revisited', *Politics & the Individual*, 1(2), 1991, 89–111.
- Bives Mutume Vivalya and others, 'Analysis of the Management of the Tenth Ebola Virus Disease Outbreak in the Democratic Republic of Congo: Developing a Multidisciplinary Response Model to Strengthen the Healthcare System during Disease Outbreaks', *Globalization and Health*, 17.1 (2021), 121 <https://doi.org/10.1186/s12992-021-00775-4>.
- Bradley H. Wagenaar and others, 'The 2014–2015 Ebola Virus Disease Outbreak and Primary Healthcare Delivery in Liberia: Time-Series Analyses for 2010–2016', ed. by Margaret E. Kruk, *PLOS Medicine*, 15.2 (2018), e1002508 (p. 2/26) <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1002508>.
- Catherine Cooper and others, 'Infection Prevention and Control of the Ebola Outbreak in Liberia, 2014–2015: Key Challenges and Successes', *BMC Medicine*, 14.1 (2016), 2 (pp. 5–6) <https://doi.org/10.1186/s12916-015-0548-4>.
- Céline Bérard, 'La Démarche Décisionnelle Dans Les Systèmes Complexes : Incrémentalisme et Rationalités.' (Nantes/France: AIMS, 2011), <HALSHS-00658078, 1–24 (p. 4).
- Charles E. Lindblom, 'Still Muddling, Not yet Through', *Public Administration Review*, 1979, 517–26.
- Cheikh Ibrahima Niang, 'Ebola : une épidémie postcoloniale', *Politique étrangère*, Hivr.4 (2014), 97 <https://doi.org/10.3917/pe.144.0097>.
- Chloé Rébillard, 'Gouverner, c'est Décider?:', *Sciences Humaines*, N° 348.6 (2022), 42–43 <https://doi.org/10.3917/sh.348.0042>.
- Christophe Favoreu and Yoann Queyroi, 'L'appropriation : Un levier de pérennisation des innovations publiques', *La Revue du Gestionnaire Public*, N° 2, 2020.
- Clélia Gasquet-Blanchard, 'Ebola, Géographie d'un Virus. Enjeux Socio-Spatiaux En Afrique Centrale: Perspectives Pour l'Afrique de l'Ouest', *L'Espace Politique*, 26, 2015, <https://doi.org/10.4000/espacepolitique.3475>.
- Clélia Gasquet-Blanchard, 'L'épidémie d'Ebola de 2013-2016 En Afrique de l'Ouest : Analyse Critique d'une Crise Avant Tout Sociale', *Santé Publique*, 29.4 (2017), pp. 453–64.
- Delphine Bordier, « Ingérence humanitaire : un débat », in *Graduate institute of Publications*, pp. 133-149.
- Didier Houssin, 'La Coopération sanitaire internationale abolie par Ebola?', *Politique Étrangère*, 4, 2014, 85–95.
- Donata Medaglini and Claire-Anne Siegrist, 'Immunomonitoring of Human Responses to the rVSV-ZEBOV Ebola Vaccine', *Current Opinion in Virology*, 23 (2017), 88–94 <https://doi.org/10.1016/j.coviro.2017.03.008>.

- E. Kiser, 'Comparing Varieties of Agency Theory in Economics, Political Science and Sociology: An Illustration from State Policy Implementation', *Sociological Theory*, 2.17 (1999), 146–70.
- Ernest Tambo, Emmanuel Chidiebere Ugwu, and Jeane Yonkeu Ngogang, 'Need of Surveillance Response Systems to Combat Ebola Outbreaks and Other Emerging Infectious Diseases in African Countries', *Infectious Diseases of Poverty*, 3.1 (2014), 29 <https://doi.org/10.1186/2049-9957-3-29>.
- Franck Katembo Sikakulya, Michel Kalongo Ilumbulumbu, and others, 'Safe and Dignified Burial of a Deceased from a Highly Contagious Infectious Disease Ebolavirus: Socio-Cultural and Anthropological Implications in the Eastern DR Congo', *One Health*, 13 (2021), 100309 <https://doi.org/10.1016/j.onehlt.2021.100309>.
- Franck Katembo Sikakulya, Olivier Mulisa, and others, 'Ebola in the Eastern Democratic Republic of Congo: One Health Approach to Infectious Disease Control', *One Health*, 9 (2020), 100117 <https://doi.org/10.1016/j.onehlt.2019.100117>.
- Franck Katembo Sikakulya, Robinson Ssebuufu, and others, 'Health Facilities' Readiness for Safe Surgical Care Provision in Uganda and the Eastern Democratic Republic of Congo during Ebola and COVID-19 Era', *BMC Health Services Research*, 21.1 (2021), 831 (p. 1/8) <https://doi.org/10.1186/s12913-021-06870-x>.
- François Roger, Martine Peeters, Ludovic Plée et Mathieu Bourgarel, « La maladie à virus Ebola : pathosystèmes forestiers et risques zoonotiques », *Bulletin épidémiologique, santé animale et alimentation*, N° 73, Mars 2016.
- Gabriel Kambale Bunduki, 'Community Resistance to Ebola Response Teams in North-Kivu, DR Congo', *Journal of Ancient Diseases & Preventive Remedies*, 06.03 (2018) <https://doi.org/10.4172/2329-8731.1000185>.
- Gautier Pirotte, 'Engagement Citoyen et Société Civile', *SociologieS [En Ligne], Transferts, L'engagement Citoyen En Europe Centrale et Orientale*, 2009, <http://sociologies.revues.org/index3017.html>.
- Harald Fardal and Jan Oddvar Sørnes, 'IS Strategic Decision-Making: A Garbage Can View', *Issues In Informing Science and Information Technology*, 5 (2008).
- Hugh Hecló, 'Issue Networks and the Executive Establishment', in A. King (Ed.), *The New American Political System* (Washington, D.C.: American Enterprise Institute, 1978).
- Irene Guijt, 'Participatory Approaches, Methodological Briefs: Impact Evaluation 5, UNICEF Office of Research, Florence.', *Unicef Office of Research*, 2014, p. 1.
- Isabelle Huault, 'James G. March. Ambiguïté et Déraillement Dans Les Organisations', in *Les Grands Auteurs En Management*, Les Grands Auteurs (EMS, 2009), p. XXX–XXX.
- J. Diers and others, 'Laboratoires Mobiles et Leur Contribution Dans l'endigement de Pathologies Émergentes En Afrique Subsaharienne Illustrée Par l'exemple de La Maladie à Virus Ebola', *Médecine et Santé Tropicales*, 25.3 (2015), 229–33.
- Jacques Hamel, 'La socio-anthropologie, un nouveau lien entre la sociologie et l'anthropologie', *Socio-anthropologie*, 1, 1997, p. 1 <https://doi.org/10.4000/socio-anthropologie.73>.
- Jérôme-Alexandre Nielsberg, 'De Marx à Machiavel Sciences Humaines et Politique', *Nouvelles FondationS*, n° 2.2 (2006), 3–4 <https://doi.org/10.3917/nf.002.0003>.

- Jin Li and others, 'Age and Ebola Viral Load Correlate with Mortality and Survival Time in 288 Ebola Virus Disease Patients', *International Journal of Infectious Diseases*, 42 (2016), 34–39 <https://doi.org/10.1016/j.ijid.2015.10.021>.
- John D. McCarthy and N. Zald Mayer, 'Resource Mobilization and Social Movements: A Partial Theory', *American Journal of Sociology*, 82.6 (1977), 1212–41 (p. 1213).
- Joseph Persky, 'Retrospectives: The Ethology of Homo Economicus', *The Journal of Economic Perspectives*, 9.2 (1995).
- Juliette Rennes, 'Les Formes de La Contestation. Sociologie Des Mobilisations et Théories de l'argumentation:', *A Contrario*, n° 16.2 (2011), 151–73 (p. 151) <https://doi.org/10.3917/aco.112.0151>.
- Karl Blanchet and others, 'Governance and Capacity to Manage Resilience of Health Systems: Towards a New Conceptual Framework', *International Journal of Health Policy and Management*, 6.8 (2017), 431–35 (p. 1/5) <https://doi.org/10.15171/ijhpm.2017.36>.
- Kathryn M Barker and others, 'Community Engagement for Health System Resilience: Evidence from Liberia's Ebola Epidemic', *Health Policy and Planning*, 35.4 (2020), 416–23 (pp. 418–20) <https://doi.org/10.1093/heapol/czz174>.
- Keesha M. Matz, Andrea Marzi, and Heinz Feldmann, 'Ebola Vaccine Trials: Progress in Vaccine Safety and Immunogenicity', *Expert Review of Vaccines*, 18.12 (2019), 1229–42 <https://doi.org/10.1080/14760584.2019.1698952>.
- Kendra Siekmans and others, 'Community-Based Health Care Is an Essential Component of a Resilient Health System: Evidence from Ebola Outbreak in Liberia', *BMC Public Health*, 17.1 (2017), 84 (p. 1) <https://doi.org/10.1186/s12889-016-4012-y>.
- Kevin Louis Bardosh and others, 'Integrating the Social Sciences in Epidemic Preparedness and Response: A Strategic Framework to Strengthen Capacities and Improve Global Health Security', *Globalization and Health*, 16.1 (2020), 120 <https://doi.org/10.1186/s12992-020-00652-6>.
- L. Von Bertalanffy, "General System Theory", in *General Systems*, vol. I, 1956.
- Lilian Negura, 'L'analyse de contenu dans l'étude des représentations sociales', *SociologieS*, Theory and research, 2006, 17.
- Lloyd Axworthy, 'Human Security and Global Governance: Putting People First', *Global Governance: A Review of Multilateralism and International Organizations*, 7.1 (2001), 19–23 (p. 20) <https://doi.org/10.1163/19426720-00701004>.
- Louis Lebel and others, 'Governance and the Capacity to Manage Resilience in Regional Social-Ecological Systems', *Ecology and Society*, 1.11 (2006), 19.
- Lucie Gélinau, Émilie Dufour, and Micheline Bélisle, 'Quand Recherche-Action Participative et Pratiques AVEC Se Conjuguent: Enjeux de Définition et d'équilibre Des Savoirs', *Recherches Qualitatives*, Hors Séries, 13, 2012, 35–54
- Martin Eichner, Scott F. Dowell, et Nina Firese, « Incubation Period of Ebola Hemorrhagic Virus Subtype Zaire », *Osong Public Health and Research Perspectives* 2, n° 1 (juin 2011): 3-7, <https://doi.org/10.1016/j.phrp.2011.04.001>.
- Mathilde Bourrier, 'Dans les coulisses de la gestion de l'épidémie Ebola en Afrique de l'Ouest (2014-2016): L'ère de l'«OMSF»', *Sciences sociales et santé*, 37.2 (2019), 39–66 (p. 39) <https://doi.org/10.1684/sss.2019.0139>.

- Michael D. Cohen, James G. March, and Johan P. Olsen, 'A Garbage Can Model of Organizational Choice', *Administrative Science Quarterly*, 17.1 (1972), 1–25 (p. 1) <https://doi.org/10.2307/2392088>.
- Negredo et al., "Discovery of an ebolavirus-like filovirus in Europe", *PLoS Pathog.* 7(10), 2011.
- Nicolas Hulot, « Démocratie participative, Guide des outils pour agir », *Etat des lieux et analyses*, 3, Février 2015.
- Nino Junius and others, 'Is It Interests, Ideas or Institutions? Explaining Elected Representatives' Positions Toward Democratic Innovations in 15 European Countries', *Frontiers in Political Science*, 2 (2020), 584439 <https://doi.org/10.3389/fpos.2020.584439>.
- O. Alonge and others, 'Understanding the Role of Community Resilience in Addressing the Ebola Virus Disease Epidemic in Liberia: A Qualitative Study (Community Resilience in Liberia)', *Global Health Action*, 12.1 (2019), 1662682 (p. 11/12) <https://doi.org/10.1080/16549716.2019.1662682>.
- P. Bouvier, *La Socio Anthropologie* (Paris: Armand Colin, 2002). Bouvier P., Perspective pour une socio-anthropologie du travail, Sociétés n° 2, 1984.
- Peter A. Hall and Rosemary C. R. Taylor, 'La Science Politique et Les Trois Néoinstitutionnalismes', *Revue Française de Science Politique*, Vol. 47, N°3 (1997), 469–96.
- Paterne Bisimwa et al., 'Ebola Virus Disease Outbreak in the Democratic Republic of the Congo: A Mini-Review', *Annals of Medicine & Surgery*, 80 (2022) <https://doi.org/10.1016/j.amsu.2022.104213>.
- Peter A. Hall, 'Policy Paradigms, Social Learning, and the State: The Case of Economic Policymaking in Britain', *Comparative Politics*, 25.3 (1993), 275 <https://doi.org/10.2307/422246>.
- Pierre Bourdieu, 'La Représentation Politique. Éléments Pour Une Théorie Du Champ Politique', *Actes de La Recherche En Sciences Sociales*, N° 36-37, 1981, pp. 3–24.
- Pierre Micheletti, 'L'épidémie à Virus Ebola (2014-2016) En Afrique de l'Ouest : La Querelle Stratégique Comme Expression de La Puissance Des Acteurs Supranationaux', *Sciences Sociales et Santé*, 37.2 (2019), 67–73.
- R. Migliani et, 'Aspects épidémiologiques de la maladie à virus Ebola en Guinée (décembre 2013–avril 2016)', *Bulletin de la Société de pathologie exotique*, 109.4 (2016), 218–35 <https://doi.org/10.1007/s13149-016-0511-4>.
- Rebecca D. Merrill and others, 'Responding to Communicable Diseases in Internationally Mobile Populations at Points of Entry and along Porous Borders, Nigeria, Benin, and Togo', *Emerging Infectious Diseases*, 23.13 (2017), pp. S116–17 <https://doi.org/10.3201/eid2313.170520>.
- Salvador Juan, 'La « socio-Anthropologie » : Champ, Paradigme Ou Discipline ? Regards Particuliers Sur Les Entretiens de Longue Durée Ou d'observation Salvador Juan', *Bulletin de Méthodologie Sociologique*, 87, 2005, pp. 1–2 <http://journals.openedition.org/bms/869>.
- Sébastien Calvignac-Spencer and others, 'Maladie à virus Ebola : une zoonose orpheline ?', *Bulletin de l'Académie Vétérinaire de France*, 168.3 (2015), 233–38 <https://doi.org/10.4267/2042/57933>.

- Séverine Thys and Marleen Boelaert, 'Sur l'origine d'Ebola : discours biomédical *versus* interprétations populaires à Macenta en Guinée', *Santé Publique*, 29.4 (2017), 497 <https://doi.org/10.3917/spub.174.0497>.
- Sonja Kristine Kittelsen and Vincent Charles Keating, 'Rational Trust in Resilient Health Systems', *Health Policy and Planning*, 34.7 (2019), 553–57 <https://doi.org/10.1093/heapol/czz066>.
- Stephanie A. Nixon, 'The Coin Model of Privilege and Critical Allyship: Implications for Health', *BMC Public Health*, 19.1 (2019), 1637 <https://doi.org/10.1186/s12889-019-7884-9>.
- Stephanie M. Topp, 'Power and Politics: The Case for Linking Resilience to Health System Governance', *BMJ Global Health*, 5.6 (2020), e002891 (p. 1/4) <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2020-002891>.
- Tolbert Nyenswah, 'Reflections on Leadership and Governance from the Incident Manager of Liberia's Ebola Response', *Health Security*, 15.4 (2017), 445–49 (pp. 447–48) <https://doi.org/10.1089/hs.2017.0040>.
- Tolbert Nyenswah, Cyrus Y. Engineer, and David H. Peters, 'Leadership in Times of Crisis: The Example of Ebola Virus Disease in Liberia', *Health Systems & Reform*, 2.3 (2016), 194–207 <https://doi.org/10.1080/23288604.2016.1222793>.
- Vera Scott, Sarah Crawford-Browne, and David Sanders, 'Critiquing the Response to the Ebola Epidemic through a Primary Health Care Approach', *BMC Public Health*, 16.1 (2016), 410 (p. 7/9) <https://doi.org/10.1186/s12889-016-3071-4>.
- Veronica Gomez-Temesio and Frédéric Le Marcis, 'La Mise En Camp de La Guinée : Ebola et l'expérience Postcoloniale', *L'Homme*, 222, 2017, 57–90.
- Victor Roudometof (et Sarah-Louise Raillard, trad.), 'What Is Glocalization?', *Réseaux*, 226–227, éd. La découverte, 2021, pp. 45-70.
- Xavier Greffe, 'Analyse économique de la bureaucratie et gestion des équipements collectifs', *Consommation*, 4.3 (1979), 29–49.
- Xavier Misonne, 'Quarante Années de Lutte Antipesteuse Au Congo', *Ann. Soc. Belge Med. Trop.*, 1.49 (1969), 1–16.
- Yah Zolia and others, 'Setting the Scene for Post-Ebola Health System Recovery and Resilience in Liberia: Lessons Learned and the Way Forward', *Health Systems and Policy Research*, 04.01 (2017) <https://doi.org/10.21767/2254-9137.100061>.
- Yann Quemener and Eric Fimbel, 'Mise En Œuvre, Usages et Appropriation Des Outils de Gestion : Apports de La Théorie de La Régulation Sociale', *Comptabilité et Innovation*, 2012, pp. 1–25.

Thèses de doctorat, Mémoires et autres travaux de fin d'étude / de cycle, cours et autres documents académiques

- Arnauld Leclerc, *Introduction à La Science Politique. Leçon 7 : Quelles Sont Les Formes de l'Etat ?* (UNJF), Cours, sd., sl.
- Caroline Bui, 'Ebola : Origines et Circonstances Des Epidémies, Physiopathologie de La Maladie et Perspectives de Traitements En Cours de Développement.' (Université

- Caen Normandie, 2017), pp. 7 & 11 <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01939624> [consulté le 3 Août 2023].
- Christian Kakule Kaparay, 'Finance populaire et développement durable en Afrique au Sud du Sahara. Application à la région Nord-Est de la République Démocratique Du Congo' (inédit, Thèse de doctorat, Université catholique de Louvain, 2006).
- Clarice KAVIRA SYANYWIRE, 'Enjeux et défis de la redynamisation des cellules d'animation communautaire en ville de Butembo' (inédit, TFC, Université Catholique du Graben, 2021).
- Jean-Pierre Olivier De Sardan, 'L'enquête Socio-Anthropologique de Terrain : Synthèse Méthodologique et Recommandations à Usage Des Étudiants', LASDEL, 13, 2013.
- Lenga Lenga Kasay, 'Dynamique démo-géographique et mise en valeur de l'espace en milieu équatorial d'altitude : Cas du pays Nande au Kivu septentrional, Zaïre, Thèse de doctorat, Géographie : Université de Lumbubashi, non publié, 1988, 404 p.' (inédit, Thèse de doctorat, Université de Lubumbashi, 1988).
- Marine Decaillet, « Ebola: face à la rumeur. Etude des rumeurs et de leur gestion par l'organisation Médecins Sans Frontières durant l'épidémie à virus Ebola 2013-2015 » (Université des Sciences et Technologies Lille 1 - Parcours Anthropologie, 2015), Mémoire de master, 2015.
- Nosta Kahambu Mukirania, 'Pratiques solidaires « Ovughuma-Silwamughuma » et protection sociale funéraire dans la région de Butembo (à l'est de la République Démocratique du Congo)' (inédit, Thèse de doctorat, Université catholique de Louvain, 2019).
- Paul Katembo Vikanza, 'Aires Protégées, Espaces Disputés et Développement Au Nord-Est de La R D Congo' (inédit, Thèse de doctorat, Université Catholique de Louvain, 2011).
- Roger Kasereka Mwanawavene, 'Dynamiques Locales et Pressions Extérieures Dans La Conflictualité Armée Au Nord-Kivu : Cas Des Territoires de Beni-Lubero', Thèse, (Université de Gent, 2010).
- Trésor Fobasso, 'L'analyse Stratégique de Michel CROZIER et Erhard FRIEDBERG', 2015.
- Valer Oumbe, 'Naissance et Développement de l'Etat-Providence' <https://www.academia.edu/> [consulté le 22 Juin 2022].
- Vyakuno Kakule, 'Pression anthropique et aménagement rationnel des hautes terres de lubero en R.D.C. Rapports entre société et milieu physique dans une montagne équatoriale' (inédit, Thèse de doctorat, Université Toulouse II, 2006).
- XXX, *Théories de la décision politique : les modèles "Garbage can" et « Incrémentalisme »* - J. March, C. Lindblom, disponible sur www.sietmanagement.fr consulté le 6 juillet 2022.

Textes juridiques, résolutions et autres documents de politiques publiques

- Assemblée Générale de l'Organisation des Nations Unies, *Document Final Du Sommet Des Nations Unies Consacré à l'adoption Du Programme de Développement Pour l'après 2015* (New York, 25 September 2015).
- Charte des Nations Unies, San Francisco, 26 juin 1945.
- Conseil de Sécurité de l'Organisation des Nations Unies, *Résolution 2177*, 18 September 2014, disponible sur [https://undocs.org/fr/S/RES/2177\(2014\)](https://undocs.org/fr/S/RES/2177(2014)), consulté le 21 mars 2021.

- Constitution de la République Démocratique du Congo du 18 février 2006 telle que modifiée par la loi n° 11/002 du 20 janvier 2011 portant révision de certains articles.
- Feuille de route pour la santé communautaire, RDC, mise à jour 2021.
- Le droit de Genève : cf. conventions de 1864, 1949 et les deux protocoles additionnels de 1977.
- Le Président de la République, *Ordonnance-loi N° 23/006 du 03 mars 2023 modifiant et complétant la loi N° 18/035 du 13 décembre 2018 fixant les principes fondamentaux relatifs à l'organisation de la santé publique*, Kinshasa, 2023.
- Loi n° 18/035 fixant les principes fondamentaux relatifs à l'organisation de la Santé publique, (13 décembre 2018), <https://www.leganet.cd/Legislation/Droit Public/SANTE/>.
- Loi n°08/012 du 31 juillet 2008 portant principes fondamentaux relatifs à la libre administration des provinces.
- Loi organique n° 08/016 du 07 octobre 2008 portant composition, organisation et fonctionnement des Entités Territoriales Décentralisées et leurs rapports avec l'Etat et les Provinces
- Ministère de la Santé publique, 'Manuel Des Procédures d'organisation et Fonctionnement Des Structures et Approches Communautaires', Kinshasa, 2016.
- Ministère de la santé, 'Plan national de riposte contre l'épidémie de la maladie a virus Ebola dans les provinces du Nord Kivu et de l'Ituri. République démocratique du Congo', 2019.
- Ministère de la santé, 'Plan stratégique de riposte contre l'épidémie de la maladie à virus Ebola dans les Provinces du Nord-Kivu, Sud-Kivu et de l'Ituri, République Démocratique du Congo, 4ème édition (PSR-4.1), janvier-juin 2020, p. 29.' (RDC, 4ème édition (PSR-4.1), 2020), p. 29.
- Ministère du Plan RDC, « Document de Stratégie de Croissance et de Réduction de la Pauvreté - DSCR 2 » (Kinshasa: Ministère du Plan, octobre 2011).
- Ordonnance-loi n° 88/1976 du 20 juillet 1988 portant création de la province du Nord-Kivu.
- Organisation Mondiale de la Santé, *Règlement sanitaire international (2005)*, 3e éd. (Genève: Organisation mondiale de la Santé, 2016).

Dictionnaires et encyclopédie (et articles tirés des dictionnaires)

- Bernard Guerrien, *Dictionnaire d'analyse économique: microéconomie, macroéconomie, théorie des jeux, etc*, Dictionnaires Repères, 3e éd. rev. et augm (Paris: Éd. la Découverte, 2002).
- Charlotte Halpern, 'Décision', ed. by Laurie Boussaguet, Sophie Jacquot, and Pauline Ravinet, *Dictionnaire des politiques publiques* (Paris: Les Presses de Sciences Po, 2010), pp. 201–10.
- Dario Battistella *et al.*, *Dictionnaire des relations internationales: approches, concepts, doctrines*, 3e éd., 2012 (Paris: Dalloz, 2012).
- Dictionnaire de politique, Utopia (en ligne).
- Dictionnaires et Encyclopédies sur 'Academic', disponible sur <https://fr-academic.com>, consulté le 7 décembre 2021.
- Guy Hermet, *et al.*, *Dictionnaire de la science politique et des institutions politiques*, Collection Dictionnaire, 7e éd. revue et augmentée (Paris: A. Colin, 2010)

- Jean Turgeon and Jean-François Savard, 'Politique Publique », dans L. Côté et J.-F. Savard (Dir.), *Le Dictionnaire Encyclopédique de l'administration Publique* (en ligne) www.dictionnaire.enap.ca.
- Jean-François Dortier, *Le dictionnaire des sciences sociales*, La petite bibliothèque des sciences humaines (Auxerre: 'Sciences humaines' éd, 2013).
- Jérôme Reynier, *Dico de la santé et de l'action sociale*, Éd. actualisée et enrichie (Paris: Sup'Foucher, 2018).
- Laurent Hazard et Elise Audouin, « Approche participative », in dictionnaire d'agroécologie, 2016, disponible sur <http://dicoagroecologie.fr/dictionnaire/approcheparticipative>, consulté le 28 mars 2024.
- Marie-Claude Smouts, Dario Battistella, and Pascal Vennesson, 'Dictionnaire Des Relations Internationales. Approches, Concepts, Doctrines', 2ème édition (Paris: Dalloz, 2006).
- Mark THATCHER, 'Réseau (Policy Network)', in Laurie Boussaguet, Sophie Jacquot et Pauline Ravinet, (s/dir.), *Dictionnaire des politiques publiques*, 3ème édition actualisée et augmentée (Paris: Presses de Sciences Po, 2010).
- Patrice Duran, 'Genèse de l'analyse Des Politiques Publiques:', in *Dictionnaire Des Politiques Publiques* (Presses de Sciences Po, 2014), pp. 289–99 (p. 292) <https://doi.org/10.3917/scpo.bouss.2014.01.0289>.
- Pierre Muller, 'Référentiel', in Laurie Boussaguet, Sophie Jacquot et Pauline Ravinet (s/Dir), *Dictionnaire Des Politiques Publiques*, 3è (Paris: Les Presses de Sciences Po, 2010).
- Vivien A. Schmidt and Amandine Crespy, 'Néo-Institutionnalisme Discursif', in Laurie Boussaguet, Sophie Jacquot & Pauline Ravinet, *Dictionnaire des politiques publiques*, 3ème (Paris: Les Presses de Sciences Po, 2010).
- Yves Surel, 'TROIS I', in Laurie Boussaguet, Sophie Jacquot et Pauline Ravinet, *Dictionnaire des politiques publiques*, 3ème (Paris: Les Presses de Sciences Po, 2010).

Rapports, lettres, déclarations et communiqués divers

- Anthony FAUCI, Ebola : un traitement efficace à 90 % testé en RDC, NIAID et OMS, 13 août 2019, disponible sur <https://www.bbc.com/afrique/region-49329983> consulté le 15 novembre 2019.
- Célestin Kimanuka Ruriho, 'Bulletin annuel des statistiques sociales' (Institut National de la statistique/Nord-Kivu, 2016).
- Comité multisectoriel de la riposte contre la maladie à virus Ébola, 'Communiqué de presse de l'équipe en charge de la riposte à l'épidémie d'Ebola', 2019 <https://drcongo.un.org/fr/23362> [consulté le 7 février 2024].
- Comite multisectoriel de lutte contre Ébola - Secrétariat technique, « Courbe épidémique : Cas MVE par définition de cas et semaine de début des symptômes au 15 novembre 2019 » (Kinshasa, 15 novembre 2019).
- Données de la Banque Mondiale de 2019, disponibles sur <https://lesmedias.net/2023/01/01/> [consulté le 03 août 2023].

- Erik J. Reaves and others, 'Contrôle de La Maladie à Virus Ebola-District de Firestone, Libéria, 2014', *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*, 63 (2014), 959–65.
- Gouverneur du Sud-Kivu, « Les deux premiers cas de la MVE au Sud-Kivu avaient été signalés dans la nuit du 15 août 2019 », août 2019, disponible sur <https://www.voafrique.com/a/la-maladie-à-virus-ebola-déclarée-au-sud-kivu-/5045351.html> consulté le 26 avril 2021.
- Groupe d'Etude sur le Congo, *Qui sont les tueurs de Beni ?* (New York: Centre de coopération internationale, March 2016), 44 pages.
- Groupe d'Etude sur le Congo, *Rebelles, Médecins et Marchands de Violence* (New York: Groupe d'étude sur le Congo/Center on international cooperation, August 2021), p. 9 www.congoresearchgroup.org. [consulté le 4 Mars 2023].
- Henri Guaino, Gouverner ce n'est pas prévoir, c'est décider, 2009 <https://www.agoravox.fr/tribune-libre/article/gouverner-ce-n-est-pas-prevoir-c-58262> [consulté le 30 Août 2022].
- <https://preventepidemics.org/fr/les-epidemies-auxquelles-nous-avons-echappe/ebola/>
- Isaac Muhindo Kivikyavo, *Stage effectué à l'hôtel de ville de Beni* (Beni: Université catholique du Graben, 8 Septembre 2005).
- Jackson Malikidogo Kavanda, « Rapport de stage effectué au bureau du territoire de Beni à Oïcha », Rapport de professionnalisation (Oïcha: Université catholique du Graben, 8 septembre 2005).
- Jean-Pierre Muhindo Musivirwa, *Rapport de stage effectué à l'hôtel de ville de Butembo* (Butembo: Université catholique du Graben, 14 November 2006).
- John Elflein, *Chronology of Ebola virus disease outbreaks 1976-2020*, disponible sur <https://www.statista.com/statistics/328962/ebola-virus-disease-outbreaks-by-country-deaths-case-fatality/> [consulté le 29 mars 2024].
- Judson Katembo Mulemba, *Rapport de stage effectué à la mairie de Butembo* (Butembo: Université catholique du Graben, 27 Octobre 2007).
- Ministère des affaires sociales et de la santé, « La maladie à virus Ebola », *Le Point sur risques infectieux*, Juillet 2014.
- Nations Unies, *Rapport du projet mapping sur les violations commises en R.D. Congo entre mars 1993 et juin 2003* (New York & Genève: HCNUDH, August 2010).
- Nicholas Crawford and Kerrie Holloway, 'La dixième réponse à Ebola en République démocratique du Congo. Leçons sur le leadership et la coordination internationaux' (Humanitarian Policy Group, 2021).
- Nicholas Crawford and Kerrie Holloway, 'La dixième réponse à Ebola en République démocratique du Congo. Leçons sur le leadership et la coordination internationaux', (Humanitarian Policy Group, 2021).
- OECD, *États de fragilité 2020*, OECD Publishing, Paris, 2021, <https://doi.org/10.1787/0d344c87-fr>
- Olivier De Schutter, 'La Fonction des groupes de pression dans la communauté européenne', *Courrier Hebdomadaire Du Crisp*, 1398–1399, 1993.
- Oly Ilunga, Annonce officielle de la dixième épidémie de la Maladie à Virus Ebola en RDC, 2018, disponible sur <https://www.radiookapi.net/2018/08/01/actualite/sante/rdc-ebola> [consulté le 8 Novembre 2019].

- Oly Ilunga, Lettre de démission N° 120/CAB/MIN/S/0858/JSK/JKI/TJI/2019 du 22 juillet 2019 adressée au président de la République Démocratique du Congo.
- OMS, *Déclaration Sur La Réunion Du Comité d'urgence Du Règlement Sanitaire International Concernant La Maladie à Virus Ebola En R.D. Congo* (Genève: OMS, 17 July 2019).
- OMS, *Flambées épidémiques de maladie à virus Ebola et Marburg : préparation, alerte, lutte et évaluation*. Version intermédiaire 1.2 [Internet]. Genève : OMS ; 2014, Disponible sur http://who.int/csr/disease/ebola/manual_EVD/fr, consulté le 29 mars 2024.
- Organisation Mondiale de la Santé, 'Ebola (Maladie à Virus)', 30 mai 2019 <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/ebola-virusdisease?gclid=>, [consulté le 18 Février 2023].
- Organisation Mondiale de la Santé, « Ebola virus Disease in Democratic Republic of the Congo, external situation report » (OMS, 23 juin 2020), 2, disponible sur <https://www.who.int/publications/i/item/10665-332654>.
- Pierre Mendès, 'Discours devant l'Assemblée nationale de la France "Gouverner, c'est choisir"', 3 June 1953 <https://www2.assemblee-nationale.fr/decouvrir-l-assemblee/histoire/grands-discours-parlementaires/pierre-mendes-france-3-juin-1953> [consulté le 30 Août 2022].
- PNUD, *Rapport Sur Le Développement Humain* (New York: PNUD, 1994).
- Secrétariat technique du CMR, *Situation Épidémiologique COVID-19 En RDC Au 15 Janvier 2021* (Kinshasa, 15 Janvier 2021).
- Secretary-General, *One Humanity: Shared Responsibility* (New York: Nations Unies, 2 February 2016).
- Sivitha Nguliko, « Rapport de stage effectué au bureau du territoire de Beni à Oïcha », Rapport académique (Oïcha: Université catholique du Graben, 22 septembre 2005).
- Union Européenne, 'Malnutrition et prise en charge psychosociale : la dimension de l'humain', 2019, disponible sur https://ec.europa.eu/trustfundforafrica/all-news-and-stories/malnutrition-et-prise-en-charge-psychosociale-la-dimension-de-lhumain_en.
- Union Européenne, *Livre blanc de la gouvernance*, février 2002.
- Vianney Muhindo Karamaya, *Rapport de stage effectué à l'hôtel de ville de Beni* (Beni: Université catholique du Graben, 3 Novembre 2007).
- Vital Kamerhe, 'Communiqué officiel en rapport avec l'épidémie de la maladie à virus Ebola à l'est de La République Démocratique Du Congo' (Cabinet du Président de la République, 2019).
- WHO, 'Ebola Data and Statistics', 11 May 2016 <https://apps.who.int/gho/data/view/ebola-summary-latest?lang=en> [consulté le 3 Août 2023].
- World Health Organization, *Ebola Virus Disease* (WHO, 23 June 2020).
- World Health Organization., 'Health worker Ebola infections in Guinea, Liberia and Sierra Leone. A preliminary report', 2015, Rapport <http://www.who.int/hrh/documents/21may2015-web-final.pdf>, consulté le 19/11/2021 [consulté le 19 Novembre 2021].
- XXX, Ebola, la rivière blanche, disponible sur <http://www.ulb-cooperation.org/fr/actualites/ebola-la-riviere-blanche/>, consulté le 28 mars 2024.

Articles de presse

- AFP, 'RDC: Les "Vainqueurs" d'Ebola, Des Brigades de l'espoir Sur Le Front de l'épidémie', (Paris, 20 September 2019).
- BBC Afrique, « Le premier cas confirmé de la MVE avait été signalé à Goma le 15 juillet 2019 », disponible sur <https://www.bbc.com/afrique/region-48986179> consulté le 26 avril 2021.
- DM, '10ème épidémie d'Ebola', *Media Congo Press*, 25 June 2020 <https://www.mediacongo.net/article-actualite-71189> [consulté le 7 Février 2024].
- Godfroid Ivan, 'Ebola, enjeu politique en RDC', *MO (Wereld blog)*, 7 October 2018 <disponible sur <https://www.mo.be/fr/blog/ebola-enjeu-politique-en-rdc>> [consulté le 24 Février 2023].
- Le Monde avec AFP, 'Ebola En RDC : 300 Attaques, Dont Six Mortelles, Contre Des Agents de La "Riposte"', *Le Monde Afrique*, 5 November 2019 <disponible sur <https://www.lemonde.fr/afrique/article/2019/11/05/>> [consulté le 22 Avril 2023].
- Le Monde, 27 décembre 1984.
- Marie-France Cros, 'RDC : l'ex-Ministre Oly Ilunga condamné à 5 ans de prison', *La Libre Belgique*, 23 March 2020 <http://www.lalibre.be/international/afrique> [consulté le 30 Janvier 2023].
- Matthieu Wieser, 'Dixième épidémie d'Ebola en RDC', *Le Soir* (Paris, 22 August 2018) <https://www.lesoir.be/174306/article/2018-08-22/dixieme-epidemie-debola-en-rdc> [consulté le 19 Janvier 2023].
- Mélanie Gouby, « En RDC, un meurtre à l'ombre d'Ebola », *Les Jours*, 20 juillet 2020, Episode N° 1.
- Tanguy Berthemet, 'Ebola : Dans l'horreur Du Centre d'Elwa', *Le Figaro*, 9 September 2014.
- XXX XXX, 'Etats fragiles, Population en danger', 3, 2010.
- XXX, *RDC. Kanyabayonga : « les déplacés veulent être écoutés. »*, disponible sur <https://umoja.org/2005/04/09/rdc> consulté le 9 mai 2023.

Annexes

Annexe 1 : Guide d'entretien destiné aux responsables des structures sanitaires et de la riposte

Identité de l'enquêteur et objectif de la recherche

Nous sommes CT Muhindo Kivikyavo. Nous sommes chercheur à l'Université Catholique du Graben et à l'Université de Liège. Nous travaillons sur un sujet intitulé « Logiques d'actions et réactions populaires pendant la riposte contre la 10^{ème} épidémie d'Ebola ». L'objectif est de déceler et comprendre les forces et les faiblesses de cet épisode afin de proposer des éléments d'une politique publique sanitaire pouvant aider dans la gestion de futures épidémies.

Thème I : grandes étapes de la riposte

Questions de relance

1. Comment était la collaboration entre les structures et la riposte au début et comment elle a évolué ?
2. Quelles étaient les difficultés rencontrées ?

Thème II : l'organisation de la riposte

Questions de relance

1. Qui coordonnait la riposte ?
2. Quel était le rôle des structures et des bureaux centraux des zones de santé
3. Qui finançait la riposte ?
4. Comment les structures collaboraient avec les CTE et CT , et comment les malades vivaient dans les CTE ?
5. Quelles étaient les difficultés rencontrées ?

Thème III : l'organisation de la gratuité des soins dans les structures

Questions de relance

1. Comment était-elle organisée ?
2. Qui la finançait ?
3. Quels étaient ses objectifs ?
4. Comment a-t-elle été bénéfique aux structures et aux personnels ?

Thème IV : les leçons tirées de la dixième épidémie d'Ebola et sa gestion

1. Qu'est-ce qui a été appris de nouveau ?
2. Quelles sont les failles à remédier dans l'avenir ?

Thème V : autres thèmes selon le milieu

Annexe 2 : Questionnaire d'enquête destiné à la Communauté lors de la préenquête

Identité de l'enquêteur et objectif de la recherche

Nous sommes CT Muhindo Kivikyavo. Nous sommes chercheur à l'Université Catholique du Graben et à l'Université de Liège. Nous travaillons sur un sujet intitulé « Logiques d'actions et réactions populaires pendant la riposte contre la 10^{ème} épidémie d'Ebola ». L'objectif est de déceler et comprendre les forces et les faiblesses de cet épisode afin de proposer des éléments d'une politique publique sanitaire pouvant aider dans la gestion de futures épidémies.

Consigne : Encerclez la réponse qui vous convient et ou ajoutez une nouvelle réponse qui vous convient.

Identifiants de l'enquête

- Sexe :
- Fonction pendant la 10^{ème} MVE/riposte
- Fonction hors riposte (fonction habituelle)

Questions proprement dites

1. Quel sentiment l'annonce de la maladie à virus Ebola en 2018 avait suscité en vous ?
Pourquoi ?
 2. Selon vous, quelle serait l'origine d'Ebola à Mangina ?
Pourquoi ?
 3. Avez-vous été d'accord avec l'arrivée des équipes de la riposte contre Ebola dans le milieu ?
Pourquoi ?
 4. Quelles étaient vos attentes vis-à-vis des équipes de la riposte arrivées dans le milieu ?
 5. Ces attentes vis-à-vis des équipes de la riposte ont-elles été satisfaites ?
Pourquoi ?
 6. Quelle était votre appréciation vis-à-vis de la **cohorte (cortège) de véhicules** de la riposte pour rechercher les malades, leurs contacts et pour la vaccination ?
Pourquoi ?
 7. Comment appréciiez-vous l'**installation des tentes** de la riposte dans les quartiers pour la vaccination ?
Pourquoi ?
 8. Comment aviez-vous apprécié la stratégie de la riposte consistant à **rechercher les malades d'Ebola dans les quartiers et villages** au lieu que ce soient les **malades qui s'amènent à l'hôpital comme d'habitude** ?
Pourquoi ?
 9. Comment aviez-vous apprécié la stratégie de la riposte consistant à **installer les CTE en dehors des milieux hospitaliers habituels** ?
Pourquoi ?
 10. Comment avez-vous apprécié le déploiement de plusieurs acteurs (OMS, MSF, CARE, MEDAIR, CICR,) dans la lutte contre Ebola ?
Pourquoi ?
 11. Qui, à votre avis, coordonnait la riposte contre la 10^{ème} épidémie d'Ebola au niveau global ?
 12. Qui coordonnait la riposte contre Ebola au niveau opérationnel (local) ?
 13. La stratégie du PAM consistant à acheter les aliments sur le marché étranger que de le faire sur le marché local pour doter les malades, les vaccinés et les guéris était-elle une :
Pourquoi ?
 14. Selon vous, pourquoi y a-t-il eu des manifestations et attaques contre les équipes de la riposte contre Ebola dans la région ? (maximum 3 réponses)
- Justifiez votre ou vos réponse(s) :
15. Comment pensaient-ils qu'Ebola pourrait prendre fin en refusant la présence des équipes de la riposte contre Ebola dans la région ?
 16. Comment les gens (surtout ceux des groupes de pression) trouvaient du travail dans la riposte contre Ebola ?
 17. Aviez-vous personnellement participé à une activité/manifestation contre la riposte à Ebola ?
 - a. Oui

b. Non

Pourquoi ?

18. Aviez-vous des connaissances qui ont participé à une activité/manifestation contre la riposte à la 10^{ème} épidémie d’Ebola ?

19. Étiez-vous d’accord avec ceux qui participaient à des activités/manifestations **non violentes** contre les équipes de la riposte contre Ebola ?

a. Oui

b. Non

Justifiez votre ou vos réponse :

20. Étiez-vous d’accord avec ceux qui s’attaquaient **violemment** aux équipes de la réponse contre Ebola ?

Pourquoi ?

21. Comment perceviez-vous le fait que les équipes et sites de la riposte étaient gardés ou sécurisées par des militaires et policiers, voire des casques bleus ?

Pourquoi ?

22. Face aux attaques armées, par quels autres moyens, pensez-vous que les équipes de la riposte pouvaient être sécurisées/gardées sans la police, les casques bleus et les FARDC ?

Pourquoi ?

23. Y a-t-il eu des cas où les équipes de la riposte ont été dans une situation où les groupes armés ont assuré leur sécurité ou facilité le travail de la riposte ?

24. Si oui, où précisément ? R/.....

25. Y a-t-il eu des moments où la riposte contre Ebola a recouru à la coutume (sacrifice et autres rituels) pour mettre fin à Ebola ?

26. D’où était (serait) venue la proposition ?

27. D’où était (serait) venu l’argent pour accomplir le rituel ?

28. Pourquoi des gens s’attaquaient aux équipes de l’enterrement digne et sécurisé (EDS) des personnes décédées d’Ebola ? (maximum 2 réponses)

29. Quelles pourraient être les sources des rumeurs qui diabolisaient les activités de la riposte contre Ebola ? (maximum 3 réponses)

30. Avez-vous une idée sur l’organisation et le fonctionnement du système de santé congolais ? (si Oui Q.31, si Non Q.32)

31. Si oui, comment est-il organisé et comment fonctionne-t-il ?

32. Si non, pourquoi ?

33. Après la fin de la 10^{ème} épidémie d’Ebola, pensez-vous qu’Ebola

Justifiez votre réponse:

Merci d’avoir répondu à nos questions !

- b. Mauvaise stratégie
- c. A la fois bonne et mauvaise stratégies

Pourquoi ?

7. Comment appréciez-vous **l'installation des tentes** de la riposte dans les quartiers pour la vaccination ?
- a. Bonne stratégie
 - b. Mauvaise stratégie
 - c. A la fois bonne et mauvaise stratégies

Pourquoi ?

8. Comment aviez-vous apprécié la stratégie de la riposte consistant à **rechercher les malades d'Ebola dans les quartiers et villages** au lieu que ce soient les **malades qui s'amènent à l'hôpital comme d'habitude** ?
- a. Bonne stratégie
 - b. Mauvaise stratégie
 - c. A la fois bonne et mauvaise stratégies

Pourquoi ?

9. Comment aviez-vous apprécié la stratégie de la riposte consistant à **installer les CTE en dehors des milieux hospitaliers habituels** ?
- a. Bonne stratégie
 - b. Mauvaise stratégie
 - c. A la fois bonne et mauvaise stratégies

Pourquoi ?

10. Comment avez-vous apprécié le déploiement de plusieurs acteurs (OMS, MSF, CARE, MEDAIR, CICR,) dans la lutte contre Ebola ?
- a. Bonne stratégie
 - b. Mauvaise stratégie
 - c. A la fois bonne et mauvaise stratégies

Pourquoi ?

11. Qui, à votre avis, coordonnait la riposte contre la 10^{ème} épidémie d'Ebola au niveau global ?
- a. L'Etat congolais
 - b. L'OMS
 - c. L'Etat congolais et l'OMS
 - d. Le Gouvernement provincial
 - e. Le Médecin Chef de zone
 - f. Les autorités locales
 - g. Les MSF
 - h. Autres (à préciser) :
 - i. Je ne sais pas car il y avait confusion

12. Qui coordonnait la riposte contre Ebola au niveau opérationnel (local) ?

- a. Le Médecin chef de zone
- b. L'OMS
- c. Le médecin Chef de zone et l'OMS
- d. Le Gouvernement provincial
- e. Les autorités locales
- f. Les MSF
- g. Autres (à préciser) :

13. La stratégie du PAM consistant à acheter les aliments sur le marché étranger que de le faire sur le marché local pour doter les malades, les vaccinés et les guéris était-elle une :

- a. Bonne stratégie
- b. Mauvaise stratégie
- c. A la fois bonne et mauvaise stratégies

Pourquoi ?

14. Selon vous, pourquoi y a-t-il eu des manifestations et attaques contre les équipes de la riposte contre Ebola dans la région ? (maximum 3 réponses)

- a. Soupçon de perpétuer les massacres présents dans la région par Ebola

- b. Recherche du travail et gratifications (argent, cadeau, reconnaissance d'existence, etc.).
- c. Corriger les failles enregistrées en mi-parcours
- d. Ignorance
- e. Manque de confiance en l'Etat congolais
- f. Manque de confiance dans les organismes internationaux
- g. Autres (à préciser) :

Justifiez votre ou vos réponse(s) :

- 15. Comment pensaient-ils qu'Ebola pourrait prendre fin en refusant la présence des équipes de la riposte contre Ebola dans la région ?
- 16. Comment les gens (surtout ceux des groupes de pression) trouvaient du travail dans la riposte contre Ebola ?
 - a. Recrutement normal
 - b. Menaces proférées aux équipes de la riposte
 - c. Fanatisme
 - d. Je ne sais pas
- 17. Aviez-vous personnellement participé à une activité/manifestation contre la riposte à Ebola ?
 - c. Oui
 - d. Non

Pourquoi ?

- 18. Aviez-vous des connaissances qui ont participé à une activité/manifestation contre la riposte à la 10^{ème} épidémie d'Ebola ?
 - a. Oui
 - b. Non
- 19. Étiez-vous d'accord avec ceux qui participaient à des activités/manifestations **non violentes** contre les équipes de la riposte contre Ebola ?
 - c. Oui
 - d. Non

Justifiez votre ou vos réponse :

- 20. Étiez-vous d'accord avec ceux qui s'attaquaient **violemment** aux équipes de la réponse contre Ebola ?
 - a. Oui
 - b. Non

Pourquoi ?

- 21. Comment perceviez-vous le fait que les équipes et sites de la riposte étaient gardés ou sécurisés par des militaires et policiers, voire des casques bleus ?
 - a. Normal
 - b. Anormal

Pourquoi ?

- 22. Face aux attaques armées, par quels autres moyens, pensez-vous que les équipes de la riposte pouvaient être sécurisées/gardées sans la police, les casques bleus et les FARDC ?
 - a. *Maï-maï*
 - b. Groupes de pression
 - c. Sociétés privées de gardiennage
 - d. Leaders locaux

Pourquoi ?

- 23. Y a-t-il eu des cas où les équipes de la riposte ont été dans une situation où les groupes armés ont assuré leur sécurité ou facilité le travail de la riposte ?
 - a. Oui
 - b. Non
- 24. Si oui, où précisément ? R/.....
- 25. Y a-t-il eu des moments où la riposte contre Ebola a recouru à la coutume (sacrifice et autres rituels) pour mettre fin à Ebola ?
 - a. Oui
 - b. Non
 - c. Je ne sais pas

26. D'où était (serait) venue la proposition ?
- De la communauté (population)
 - Des chefs coutumiers
 - De l'OMS
 - Du gouvernement
 - Des anthropologues
 - Autres (à préciser)
27. D'où était (serait) venu l'argent pour accomplir le rituel ?
- De la communauté (population)
 - Des chefs coutumiers
 - De l'OMS
 - Du gouvernement
 - Des anthropologues
 - Autres (à préciser)
28. Pourquoi des gens s'attaquaient aux équipes de l'enterrement digne et sécurisé (EDS) des personnes décédées d'Ebola ? (maximum 2 réponses)
- Pour voir si réellement la personne décédée est dans le cercueil
 - Pour remettre en cause l'existence de la maladie
 - Pour contester la mauvaise gestion de la riposte
 - Pour non-respect de la culture locale concernant des rituels d'enterrement (culte, exposition du corps, accompagnement de la famille, des amis et connaissances du *de cuius* au cimetière,...)
29. Quelles pourraient être les sources des rumeurs qui diabolisaient les activités de la riposte contre Ebola ? (maximum 3 réponses)
- Des groupes de pression
 - Des politiciens en quête d'électorat
 - Des familles ayant perdu les leurs dans cette maladie
 - Des groupes rebelles *mai-mai*
 - De certains agents de la riposte
 - Du personnel soignant local (infirmiers, médecins)
30. Avez-vous une idée sur l'organisation et le fonctionnement du système de santé congolais ? (si Oui Q.31, si Non Q.32)
- Oui
 - Non
31. Si oui, comment est-il organisé et comment fonctionne-t-il ?
32. Si non, pourquoi ?
33. Après la fin de la 10^{ème} épidémie d'Ebola, pensez-vous qu'Ebola
- n'existait pas
 - qu'il était une fabrication (montage) pour perpétuer les massacres
 - qu'il était une sorcellerie
 - est une maladie comme toutes les autres

Justifiez votre réponse:

Merci d'avoir répondu à nos questions !

Annexe 4 : Données brutes indicatives issues de l'enquête auprès de la communauté

	Non-réponses	Modalité citée en n° 1	Modalité citée en n° 2	Modalité la moins citée
Lieu Résidence	1	Butembo : 102	Beni : 69	Kyanzaba/Bingo : 4
Genre	1	Masculin : 152	Féminin : 49	Autres : 2
Fonction_Riposte	15	N'a pas travaillé dans la riposte : 159		Agent direct de la riposte : 30
Fonction_habituelle	5	Enseignant : 70	Etudiant : 55	Organisation des jeunes : 0
Sentiment_annonce_maladie	0	Peur et frustration : 177	Méfiance / Indifférence : 15	Je croyais que ça ne me concernait pas : 2
Raison_sentiment_annonce	55	Sa dangerosité, contagiosité et taux élevés... : 102	Première apparition ds région : 14	Je croyais qu'Ebola n'arriverait pas dan... : 0
Origine_MVE	3	Zoonose(de l'animal à l'homme) : 118	Virus fabriqué pour perpétuer les massacr... : 58	Malédiction : 0
Motif_origine	64	Consommation viande animal (voire fruits... : 45	Informé par médecins, radio, riposte et/... : 19	Je ne sais pas : 0
Accord_arrivée_équipes	1	Oui : 129	Non : 45	Réservé(e) : 29
Raison_arrivée_équipes	42	Venus pour sauver vies humaines (préven... : 77	Ebola business (argent, commerce) : 13	J'étais déjà malade : 0
Attentes	11	Mettre fin à Ebola dans un bref délai/sa... : 122	Eduquer/sensibiliser sur mesures barrèr... : 35	Identifier les cas suspects/contacts ds ... : 1
Satisfaction_attentes	14	Mitigé (oui et non) : 84	Non : 59	Oui : 47
Raisons_attentes	38	L'épidémie n'a pas été vite maîtrisée : 24	Négligence et Ebola business (ont eu arg... : 23	Mauvaise gestion fonds et matériels : 0
Appréciation_cohorte_véhicules	2	Mauvaise stratégie : 109	A la fois bonne et mauvaise stratégies : 61	Bonne stratégie : 32
Justification_cohorte_véhicules	24	Occasionnait panique/frustration, margi... : 77	Signe de fafaronnage (luxé, impressioni... : 32	Politisait : 0
Installation tentes in quartiers	3	Bonne stratégie : 112	Mauvaise stratégie : 47	A la fois bonne et mauvaise stratégies : 42
Raisons_Tentes_vaccination_quartiers	38	Proximité pour gagner confiance et rédui... : 48	Faciliter la vaccination dl population e... : 32	Les gens avaient peur des hôpitaux : 0
Traque malades quartiers	3	Mauvaise stratégie : 79	Bonne stratégie : 69	A la fois bonne et mauvaise stratégies : 53
Raisons_traques_malades	28	Limiter propagation en luttant contre ré... : 39	Malades hésitaient/refusaient d'aller d'... : 34	Jeux politiques : 1
Installation_CTE_Hors_Hôpitaux	6	Bonne stratégie : 125	Mauvaise stratégie : 49	A la fois bonne et mauvaise stratégies : 24
Raisons_Installation_Hors_CTE	28	Eviter/minimiser contamination (nosocomi... : 85	Création CTE (permanents) dans les hôpita... : 20	Etre soigné par inconnus : 0
Multiplicité Acteurs_Riposte	4	Bonne stratégie : 104	Mauvaise stratégie : 49	A la fois bonne et mauvaise stratégies : 47
Justification_multiplicité_acteurs	29	Travail en équipe/synergie selon spécial... : 49	Business (Salaire élevé, nombre de véhicu... : 32	Riposte en complicité avec massacrés : 1
Coordination_globale	0	L'Etat congolais et l'OMS : 73	Je ne sais pas car il y avait confusion : 65	Autres (à préciser) : 0
Coordination_locale	9	Le médecin Chef de zone et l'OMS : 81	Le Médecin chef de zone : 36	Autorité locale, MCZ et OMS : 0
Achat_aliments_extérieurs	4	Mauvaise stratégie : 134	A la fois bonne et mauvaise stratégies : 39	Bonne stratégie : 27
Raisons_Achat_Aliments_extér	31	Achat local pr soutenir économie et agr... : 58	Suspensions sur qualité des aliments impo... : 57	Fallait donner directement argent : 1
Raisons_manif_attaques	0	Manque de confiance dans les organismes ... : 115	Soupçon de perpétuer les massacres presé... : 114	Autres (à préciser) : 0
Justification_manif_attaques	75	Quête d'argent (Ebola business) et emplo... : 38	La sensibilisation avait mal commencée e... : 20	Cas déclarés malades alors que c'est fau... : 1
Alternatives_refus_Equipes_Ebola	51	Intervention des soignants locaux (et le... : 28	Préparation/sensibilisation/conscientisa... : 20	Instaurer la confiance : 1
Embauche_dans_riposte1	3	Menaces proférées aux équipes de la ripo... : 71	Je ne sais pas : 69	Corruption morale (travail vs collaborat... : 2
Participation_person_manif	2	Non : 172		Oui : 30
Participation_person_manif1	53	Ebola maladie réelle, contagieuse et mor... : 33	Ca ne m'intéressait pas : 30	Pour non-instruits : 1
Connaissances_manif_contre	2	Non : 118		Oui : 84
Participation_non_violente_manif	4	Oui : 131	Non : 68	Oui et non : 1
Raison_non_violentes_manif	57	Corriger les faillies/alibis constatés ds... : 41	Lutter contre ebola business (certains v... : 18	Je connaissais déjà les dessous de carte... : 0
Participation_violente	3	Non : 165	Oui : 55	Oui et Non : 1
Raisons_Violences_manif	48	Violence ne résout rien surtout qd on vo... : 42	Ralentissait maîtrise d'Ebola (certains ... : 38	Je connaissais déjà les dessous de carte... : 0
Militarisation_riposte	3	Normal : 109		Anormal : 92
Appréciation_militarisation	32	Prévenir éventualités (attaques armées e... : 90	Accentuait doutes et soupçons sur équipe... : 20	Accès Zone insécure hostile : 0
Alternatives_militarisation	17	Sociétés privées de gardiennage : 72	Leaders locaux : 69	Population elle-même : 1
Raisons_alternatives_militarisation	59	Sont connus, acceptés, vite compris et v... : 47	Nombreux ont peur des militaires à cause... : 23	Eviter connotation du business : 0
Riposte_et_Groupes_armés	18	Oui : 89	Non : 76	Ne sais pas : 21
Lieu_GA	145	Kahungu : 22	Kalau : 5	Vusamba : 0
Rituel_riposte	5	Je ne sais pas : 132	Non : 40	Oui : 27
Proposition_rituel	180	De la communauté (population) : 10	Des chefs coutumiers : 9	Du gouvernement : 0
Origine_argent_rituel	181	De l'OMS : 14	De la communauté (population) : 2	Du gouvernement : 0
Attaques_EDS	3	Pour voir si réellement la personne décé... : 136	Pour non-respect de la culture locale (e... : 136	Mauvais habillement (habillement inhabi... : 1
Provenance_rumeurs	11	Des familles ayant perdu les leurs dans ... : 120	Des groupes de pression : 95	De la méthode de travail dl riposte : 1
Fonctionnement_Syst_Santé	17	Non : 136		Oui : 51
Idees_fonctionnement_santé	162	Niveau local (périphérique)on a zones de... : 34	Organisé au niveau national(Ministère sa... : 31	Son rôle c'est d'assurer le bon fonction... : 0
Pas_d'idee_fonctionnement_syst	101	Manque d'information et de formation : 68	Je m'intéresse moins à la médecine (suis ... : 34	Ma première expérience d'y travailler : 1
Existence_Ebola	46	Est une maladie comme toutes les autres : 117	Etait une fabrication pour continuer mas... : 29	Départ d'Ebola a suscité doutes : 1
Raison_existence_déni	86	Maladie régulière et apparaît même ail... : 27	Ebola est guérissable / vaccin efficace ... : 27	L'abondance de fonds affectés : 0

17. Selon vous, pourquoi y a-t-il eu des manifestations et attaques contre les équipes de la riposte contre Ebola dans la région ? (maximum 3 réponses)

Justifiez votre ou vos réponse (s)

18. Comment avez-vous apprécié le déploiement de plusieurs acteurs (OMS, MSF, CARE, MEDAIR, CICR, IRC, etc.) dans la lutte contre Ebola ?

Pourquoi ?

19. La stratégie du PAM consistant à acheter les aliments sur le marché étranger que de le faire sur le marché local pour doter les malades, les vaccinés et les guéris était-elle une :

Pourquoi ?

20. Dans l'avenir, qu'est-ce qui doit être amélioré dans la prise en charge des malades dans les CTE ?

21. Comment perceviez-vous le fait que les équipes et sites de la riposte étaient sécurisés par des militaires et policiers, voire des casques bleus ?

Pourquoi ?

22. Quelle était votre appréciation vis-à-vis de la **cohorte (cortège) de véhicules** de la riposte pour rechercher les malades, leurs contacts et pour la vaccination ?

Justifiez votre ou vos réponse (s) :

23. Comment appréciez-vous **l'installation des tentes** de la riposte dans les quartiers pour la vaccination ?

Justifiez votre ou vos réponse (s)

24. Comment aviez-vous apprécié la stratégie de la riposte consistant à rechercher les malades d'Ebola dans les quartiers et villages au lieu que ce soient les malades qui s'amènent à l'hôpital comme d'habitude ?

Justifiez votre ou vos réponse (s)

25. Comment aviez-vous apprécié la stratégie de la riposte consistant à **installer les CTE en dehors des milieux hospitaliers habituels** ?

Justifiez votre ou vos réponse (s) :

26. Aviez-vous des connaissances qui ont participé à une activité/manifestation contre la riposte à la 10^{ème} épidémie d'Ebola ?

27. Étiez-vous d'accord avec ceux qui participaient à des activités/manifestations **non violentes** contre les équipes de la riposte contre Ebola ?

Justifiez votre ou vos réponse :

28. Étiez-vous d'accord avec ceux qui s'attaquaient **violemment** aux équipes de la réponse contre Ebola ?

Pourquoi ?

29. Pourquoi des gens s'attaquaient aux équipes de l'enterrement digne et sécurisé (EDS) des personnes décédées d'Ebola ? (Maximum deux choix)

30. Comment les gens trouvaient du travail dans la riposte contre Ebola ?

Justifiez votre réponse :

31. D'où provenaient les rumeurs qui diabolisaient les activités de la riposte contre Ebola ?

Justifiez votre ou vos réponses

32. Avez-vous une idée sur l'organisation et le fonctionnement du système de santé congolais ? (Si oui, Q. 28 ; si non, Q. 29)

33. Si oui, comment est-il organisé et comment fonctionne-t-il ?

34. Si non, pourquoi ?

Merci pour avoir répondu à nos questions !

- a. Oui
 - b. Non
7. Si oui, comment vous vous sentiez ?
- a. Réconforté (avec espoir)
 - b. Honteux
8. Si non, comment vous vous sentiez ?
- a. Abandonné
 - b. Près de la mort
9. Quels étaient les points forts dans la prise en charge des malades au CTE ?
10. Quels étaient les points faibles dans la prise en charge des malades au CTE ?
11. Aviez-vous trouvé du travail dans la riposte après votre guérison ?
- a. Oui
 - b. Non

Pourquoi ?

12. Comment (où, qui, quand) aviez-vous contracté cette maladie ?
13. Pourriez-vous décrire le processus qui vous a conduit jusqu'au CTE ? (qui vous a amené là-bas ? l'avez-vous fait de vous-même ? Etes-vous passé par un hôpital, un CT pour enfin chuter au CTE ?).
14. Après votre guérison, pensez-vous qu'Ebola
- a. n'existait pas
 - b. qu'il était une fabrication (montage) pour perpétuer les massacres
 - c. qu'il était une sorcellerie
 - d. est une maladie comme toutes les autres

Justifiez votre réponse:

15. Que disaient les autres membres de la communauté par rapport à la gestion de la 10^{ème} épidémie d'Ebola ?
16. Avant que vous ne tombiez malade, aviez-vous déjà participé à une activité / manifestation contre la riposte à Ebola ?
- a. Oui
 - b. Non

Si oui, pourquoi (autrement dit, que reprochiez-vous à la riposte) ?

17. Selon vous, pourquoi y a-t-il eu des manifestations et attaques contre les équipes de la riposte contre Ebola dans la région ? (maximum 3 réponses)
- a. Soupçon de perpétuer les massacres présents dans la région par Ebola
 - b. Recherche du travail et gratifications (argent, cadeau, reconnaissance d'existence, etc.).
 - c. Corriger les failles enregistrées en mi-parcours
 - d. Ignorance
 - e. Manque de confiance en l'Etat congolais
 - f. Manque de confiance dans les organismes internationaux

Justifiez votre ou vos réponse (s)

18. Comment avez-vous apprécié le déploiement de plusieurs acteurs (OMS, MSF, CARE, MEDAIR, CICR, IRC, etc.) dans la lutte contre Ebola ?
- a. Bonne stratégie
 - b. Mauvaise stratégie
 - c. A la fois bonne et mauvaise stratégies

Pourquoi ?

19. La stratégie du PAM consistant à acheter les aliments sur le marché étranger que de le faire sur le marché local pour doter les malades, les vaccinés et les guéris était-elle une :
- a. Bonne stratégie
 - b. Mauvaise stratégie
 - c. A la fois bonne et mauvaise stratégies

Pourquoi ?

20. Dans l'avenir, qu'est-ce qui doit être amélioré dans la prise en charge des malades dans les CTE ?
21. Comment perceviez-vous le fait que les équipes et sites de la riposte étaient sécurisés par des militaires et policiers, voire des casques bleus ?
 - a. Normal
 - b. Anormal

Pourquoi ?

22. Quelle était votre appréciation vis-à-vis de la **cohorte (cortège) de véhicules** de la riposte pour rechercher les malades, leurs contacts et pour la vaccination ?
 - a. Bonne stratégie
 - b. Mauvaise stratégie
 - c. A la fois bonne et mauvaise stratégies

Justifiez votre ou vos réponse (s) :

23. Comment appréciez-vous l'**installation des tentes** de la riposte dans les quartiers pour la vaccination ?
 - a. Bonne stratégie
 - b. Mauvaise stratégie
 - c. A la fois bonne et mauvaise stratégies

Justifiez votre ou vos réponse (s)

24. Comment aviez-vous apprécié la stratégie de la riposte consistant à rechercher les malades d'Ebola dans les quartiers et villages au lieu que ce soient les malades qui s'amènent à l'hôpital comme d'habitude ?
 - a. Bonne stratégie
 - b. Mauvaise stratégie
 - c. A la fois bonne et mauvaise stratégies

Justifiez votre ou vos réponse (s)

25. Comment aviez-vous apprécié la stratégie de la riposte consistant à **installer les CTE en dehors des milieux hospitaliers habituels** ?
 - a. Bonne stratégie
 - b. Mauvaise stratégie
 - c. A la fois bonne et mauvaise stratégies

Justifiez votre ou vos réponse (s) :

26. Aviez-vous des connaissances qui ont participé à une activité/manifestation contre la riposte à la 10^{ème} épidémie d'Ebola ?
 - a. Oui
 - b. Non

27. Étiez-vous d'accord avec ceux qui participaient à des activités/manifestations **non violentes** contre les équipes de la riposte contre Ebola ?
 - a. Oui
 - b. Non

Justifiez votre ou vos réponse :

28. Étiez-vous d'accord avec ceux qui s'attaquaient **violemment** aux équipes de la réponse contre Ebola ?
 - a. Oui
 - b. Non

Pourquoi ?

29. Pourquoi des gens s'attaquaient aux équipes de l'enterrement digne et sécurisé (EDS) des personnes décédées d'Ebola ? (Maximum deux choix)
 - a. Pour voir si réellement la personne décédée est dans le cercueil
 - b. Pour remettre en cause l'existence de la maladie (déli de la maladie)

- c. Pour contester la mauvaise gestion de la riposte
- d. Pour non-respect de la culture locale concernant des rituels d'enterrement (culte, exposition du corps, accompagnement de la famille, des amis et connaissances du *de cuius* au cimetière,...)

30. Comment les gens trouvaient du travail dans la riposte contre Ebola ?

- a. Recrutement normal
- b. Menaces proférées aux équipes de la riposte
- c. Fanatisme
- d. Je ne sais pas

Justifiez votre réponse :

31. D'où provenaient les rumeurs qui diabolisaient les activités de la riposte contre Ebola ?

- a. Des groupes de pression
- b. Des politiciens en quête de l'électorat
- c. Des familles ayant perdu les leurs dans cette maladie
- d. Des groupes rebelles *mai-mai*
- e. De certains agents de la riposte
- f. Du personnel soignant local (infirmiers, médecins)

Justifiez votre ou vos réponses

32. Avez-vous une idée sur l'organisation et le fonctionnement du système de santé congolais ? (Si oui, Q. 33 ; si non, Q. 34)

- a. Oui
- b. Non

33. Si oui, comment est-il organisé et comment fonctionne-t-il ?

34. Si non, pourquoi ?

Merci pour avoir répondu à nos questions !

Annexe 7 : Données brutes indicatives issues de l'enquête auprès des « vainqueurs » d'Ebola

	Non-réponses	Modalité citée en n° 1	Modalité citée en n° 2	Modalité la moins citée
Résidence informateur	0	Beni : 17	Butembo : 12	Kyanzaba/Bingo : 0
Genre	0	Masculin : 24	Féminin : 19	Autres : 0
Fonction	1	Agent de la riposte après maladie : 23	N'a pas travaillé dans la riposte : 16	Agent de la riposte avant maladie : 3
Sentiment_annonce_maladie	0	Peur et frustration : 32	Je croyais que ça ne me concernait pas : 7	Confiance : 1
Raison_sentiment_annonce	1	Taux élevé de contagiosité et mortalité : 28	Ebola ne pouvait pas arriver dans ma vil... : 9	Je n'avais pas assez d'informations sur... : 0
Sentiment_test positif	0	Peur et frustration : 29	Confiance : 7	Méfiance : 1
Raison_sentiment_test_positif	3	Des gens en sont morts/mortalité élevée : 26	Monnayage et soupçon de fabrication des ... : 2	Pas assez d'informations sur Ebola : 0
Origine_MVE	0	Zoonose(dé l'animal à l'homme) : 29	Virus fabriqué pour perpétuer les massac... : 13	Malédiction : 0
Motif_origine	5	Contamination d'un animal contamin... : 10	Le fou sur son apparition dans la régio... : 9	On doute de son apparition lors des mass... : 1
Accord_arrivée_équipes	0	Oui : 31	Non : 8	Réservé(e) : 4
Raison_arrivée_équipes	0	Confiance pr mettre fin Ebola/Interventi... : 26	Je ne croyais pas à l'existence d'Ebola... : 6	J'étais déjà malade : 1
Vie_dans_CTE	2	Bon encadrement/prise en charge parfaite : 24	Vie satisfaisante car on recevait gratu... : 22	Restauration moche au début : 1
Visite_au_CTE	0	Oui : 40	Non : 3	Non : 3
Sentiment_visite	0	Réconforté (avec espoir) : 35	Honteux : 4	Abandonné(e) : 1
Forces_Prise_en_charge_CTE	0	Suivi médical permanent (Souplesse et ré... : 29	Restauration : 15	Accompagnement des ONG : 1
Faiblesses_Prise_en_charge_malades	0	Malades abandonnés (isolés, sans garde) : 10	Tout y était bien : 8	Différentes attaques des CTE : 1
Travail_dans_riposte	0	Oui : 27	Non : 16	Non : 16
Raison_accord/désaccord	1	Sauver des vies humaines par sensibilisa... : 18	Je n'étais pas intéressé/sélectionné : 8	Je ne voulais pas m'exposer : 1
Infection_maladie	0	Familier et/ou amis étaient malades : 16	Contaminé(e) en soignant (milieu hospita... : 14	Contact avec cas contact non déclaré pos... : 1
Processus_alitement_CTE	0	Maison/Hôpital-CTE : 21	Maison-CT-CTE : 13	Maison-Herboriste(etou féticheur)-CT-CTE : 0
Existence_Ebola	0	Est une maladie comme toutes les autres : 42	Était une fabrication pour continuer mas... : 1	N'existait pas : 0
Raison_existence_ou_déni	2	Plusieurs en ont souffert (maladie avec ... : 18	Il y avait survivants et morts malgré ta... : 17	L'abondance de fûnds affectés : 0
Paroles_dans_communautés	0	Ebola business (impressionnante logistiq... : 9	Opinion locale était divisée entre pro... : 8	Est une maladie comme toutes les autres : 0
Autoparticipation_aux_manif_anti-Ebol	0	Non : 37	Oui : 6	Oui : 6
Raison_position	37	Traque des malades fustimé : 1	Fait normal : 1	On soupçonnait les équipes de riposte : 0
Causes_manifestations_et_attaques	0	Ignorance : 32	Soupçon de perpétuer les massacres prés... : 25	Manque de confiance en l'Etat congolais : 7
Justification_Manifestations_comm	14	Maladie inconnue/lère apparition dans ré... : 8	La mort venait vite et décès massifs : 5	Certains ont été embauchés : 0
Multiplcité_acteurs	3	Bonne stratégie : 29	A la fois bonne et mauvaises stratégies : 9	Mauvaise stratégie : 2
Appréciation_multiplcité_acteurs	6	Bons soins multiformes (travail en syner... : 20	Amélioration de la prise en charge(Comm... : 8	Lançaient des mauvaises paroles : 1
Importation_aliments_PAM	2	Mauvaise stratégie : 25	Bonne stratégie : 13	A la fois bonne et mauvaises stratégies : 3
Appréciation_Importation_aliments	6	Fallait favoriser production locale pr... : 17	Soupçon d'amener aliments périmes/empoi... : 7	Le coût du transport international élevé : 0
Améliorations_à_effectuer	1	RAS : 7	Formation du personnel soignant en grand... : 5	Éviter que les charlatans soignent aus... : 1
Sécurité_Sites_par_milit_policier	1	Normal : 29	Anormal : 10	Normal et anormal : 3
Appréciation_militarisation	2	Prévenir éventualités (attaques) : 24	Fallait protéger le personnel : 11	Surabondance d'argent sans raison : 0
Appréciation_cohorte_vehicules	2	Bonne stratégie : 23	Mauvaise stratégie : 12	A la fois bonne et mauvaises stratégies : 6
Justification_cohorte_vehicules	3	Limiter cas contacts / décès communaut... : 13	Occasionnait panique(frustration, peur) : 6	Cela faisait peur à la population : 0
Installation_tentes_en_quartiers	1	Bonne stratégie : 34	Mauvaise stratégie : 4	Mauvaise stratégie : 4
Raisons_Tentes_vaccination_quartiers	2	Proximité pour faciliter accès et gager... : 17	Pour limiter propagation/sauver vies : 13	ça paniquait les gens : 0
Traque_malades_quartiers	1	Bonne stratégie : 33	A la fois bonne et mauvaises stratégies : 6	Mauvaise stratégie : 3
Raisons_traques_malades	2	Limiter propagation/sauver vies : 18	Malades hésitaient d'aller d'eux-mêmes à... : 18	Proximité pour confiance : 0
Installation_CTE_Hors_Hôpitaux	1	Bonne stratégie : 35	Mauvaise stratégie : 4	A la fois bonne et mauvaises stratégies : 3
Raisons_Installation_Hors_CTE	3	Éviter/minimiser contamination(nosocomia... : 25	Situation exceptionnelle, gestion except... : 7	Être soigné par inconnus : 0
Participation_manif_Connaissances	3	Oui : 21	Non : 19	Non : 19
Participation_non_violente_manif	4	Oui : 19	Non : 19	Oui (au début) : 1
Raison_non_violentes_manif	9	Rappelez/Corrigez les fautes enregistr... : 12	Ca perturbait les activités et retardait... : 5	Pas confiance totale : 1
Participation_violente	2	Non : 34	Oui : 5	Oui (au début) : 2
Raisons_Violences_manif	5	Ralentissait maîtrise épidémie : 10	Violence (vandalisme) créée incompréhen... : 9	Présence des étrangers au début : 0
Attaques_EDS	1	Pour voir si réellement la personne déce... : 30	Pour non-respect de la culture locale (c... : 28	On les accusait d'avoir amené Ebola : 1
Embauche_dans_riposte	1	Recrutement normal : 18	Fanatisme : 11	Comme Vainqueur : 1
Raisons_embauche_Riposte	9	Tout vainqueur sollicité et qui acceptai... : 13	Personnel non qualifié recommandé ou coo... : 7	Riposte coopérait avec groupes armés : 1
Provenance_rumeurs	3	Des familles ayant perdu les leurs dans ... : 19	Des groupes de pression : 7	Du personnel soignant local (infirmiers... : 1
Raisons_auteurs_rumeurs	13	Taux élevé de mortalité amenait doute et ... : 10	Manque d'explication des décès : 4	Sorcellerie : 1
Fonctionnement_Syst_Santé	1	Non : 33	Oui : 9	Oui : 9
Idée_fonctionnement_santé	37	Organisé au niveau national (Ministère d... : 2	Au niveau local ou périphérique on a des... : 2	Organisé suivant normes du Ministère de ... : 0
Pas_d'idée_fonctionnement_syst	17	Manque d'information et de formation : 19	Je m'intéresse moins à la médecine : 7	Ma première expérience d'y travailler : 1

15. Comment perceviez-vous le fait que les équipes et sites de la riposte étaient sécurisées par des militaires et policiers, voire des casques bleus ?

Pourquoi ?

16. Par quels autres moyens, pensez-vous que les équipes de la riposte auraient dû être sécurisées/gardées sans la police, les casques bleus et les FARDC ?

Justifiez votre réponse

17. Aviez-vous des connaissances qui ont participé à une activité/manifestation contre la riposte à la 10^{ème} épidémie d’Ebola ?

18. Étiez-vous d’accord avec ceux qui participaient à des activités/manifestations **non violentes** contre les équipes de la riposte contre Ebola ?

Pourquoi ?

19. Étiez-vous d’accord avec ceux qui s’attaquaient **violemment** aux équipes de la réponse contre Ebola ?

Pourquoi ?

20. Y a-t-il eu des cas où les équipes de la riposte ont été dans une situation où les groupes armés ont assuré leur sécurité ou facilité le travail de la riposte ?

21. Si oui, où précisément ? R/.....

22. Quelle était votre appréciation vis-à-vis de la **cohorte (cortège) de véhicules** de la riposte pour rechercher les malades, leurs contacts et pour la vaccination ?

Pourquoi ?

23. Comment appréciiez-vous **l’installation des tentes** de la riposte dans les quartiers pour la vaccination ?

Pourquoi ?

24. Comment aviez-vous apprécié la stratégie de la riposte consistant à **rechercher les malades d’Ebola dans les quartiers et villages** au lieu que ce soient les **malades qui s’amènent à l’hôpital comme d’habitude** ?

Pourquoi ?

25. Comment aviez-vous apprécié la stratégie de la riposte consistant à **installer les CTE en dehors des milieux hospitaliers habituels** ?

Pourquoi ?

26. Comment les gens trouvaient du travail dans la riposte contre Ebola ?

27. Y a-t-il eu des moments où la riposte contre Ebola a recouru à la coutume (sacrifice et autres rituels) pour mettre fin à Ebola ? (Si Non, sautez Q.28 & 29)

28. D’où était (serait) venue la proposition ?

29. D’où était (serait) venu l’argent pour accomplir le rituel ?

30. Pourquoi des gens s’attaquaient aux équipes de l’enterrement digne et sécurisé (EDS) des personnes décédées d’Ebola ?

31. D’où provenaient, selon vous, les rumeurs qui diabolisaient les activités de la riposte contre Ebola ?

32. Pourriez-vous citer quelques textes régissant la santé en RDC ?

33. Avez-vous une idée sur l’organisation et le fonctionnement du système de santé congolais ? (si Oui Q.34, si Non Q.35)

34. Si oui, comme est-il organisé et comment fonctionne-t-il ?

35. Si non, pourquoi ?

36. L’actuelle loi qui régit le secteur de la santé en RDC est de quelle année ?

37. Après la fin de la 10^{ème} épidémie d’Ebola, pensez-vous qu’Ebola

Justifiez votre réponse:

8. Selon vous, pourquoi y a-t-il eu des manifestations et attaques contre les équipes de la riposte contre Ebola dans la région ? (maximum 3 réponses)
- Soupçon de perpétuer les massacres présents dans la région par Ebola
 - Recherche du travail et gratifications (argent, cadeau, reconnaissance d'existence, etc.).
 - Corriger les failles enregistrées en mi-parcours
 - Ignorance
 - Manque de confiance en l'Etat congolais
 - Manque de confiance dans les organismes internationaux
 - Autres (à préciser)

Justifiez votre ou vos réponse(s)

9. Comment pensaient-ils qu'Ebola pourrait prendre fin en refusant la présence des équipes de la riposte contre Ebola dans la région ?
10. Comment était structurée la riposte contre la 10^{ème} épidémie d'Ebola en RDC ?
11. Qui, à votre avis, coordonnait la riposte contre Ebola au niveau global ?
- L'Etat congolais
 - L'OMS
 - L'Etat congolais et l'OMS
 - Le Gouvernement provincial
 - Le Médecin Chef de zone
 - Les autorités locales
 - Les MSF
 - Autres (à préciser) :
 - Je ne sais pas car il y avait confusion
12. Qui coordonnait la riposte contre Ebola au niveau opérationnel (local) ?
- Le Médecin chef de zone
 - L'OMS
 - Le médecin Chef de zone et l'OMS
 - Le Gouvernement provincial
 - Les autorités locales
 - Les MSF
 - Autres (à préciser) :
13. Comment aviez-vous apprécié le déploiement de plusieurs acteurs (OMS, MSF, CARE, MEDAIR, CICR,) dans la lutte contre Ebola ?
- Bonne stratégie
 - Mauvaise stratégie
 - A la fois bonne et mauvaises stratégies

Pourquoi ?

14. La stratégie du PAM consistant à acheter les aliments sur le marché étranger que de le faire sur le marché local pour doter les malades, les vaccinés et les guéris était-elle une :
- Bonne stratégie
 - Mauvaise stratégie
 - A la fois bonne et mauvaise stratégie

Pourquoi ?

15. Comment perceviez-vous le fait que les équipes et sites de la riposte étaient sécurisées par des militaires et policiers, voire des casques bleus ?
- Normal
 - Anormal

Pourquoi ?

16. Par quels autres moyens, pensez-vous que les équipes de la riposte auraient dû être sécurisées/gardées sans la police, les casques bleus et les FARDC ?
- Par les *mai-mai*
 - Par les groupes de pression
 - Les milieux hospitaliers doivent être neutres (démilitarisés)

Justifiez votre réponse

17. Aviez-vous des connaissances qui ont participé à une activité/manifestation contre la riposte à la 10^{ème} épidémie d'Ebola ?
- Oui
 - Non

18. Étiez-vous d'accord avec ceux qui participaient à des activités/manifestations **non violentes** contre les équipes de la riposte contre Ebola ?

- Oui
- Non

Pourquoi ?

19. Étiez-vous d'accord avec ceux qui s'attaquaient **violemment** aux équipes de la réponse contre Ebola ?

- Oui
- Non

Pourquoi ?

20. Y a-t-il eu des cas où les équipes de la riposte ont été dans une situation où les groupes armés ont assuré leur sécurité ou facilité le travail de la riposte ?

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

21. Si oui, où précisément ? R/.....

22. Quelle était votre appréciation vis-à-vis de la **cohorte (cortège) de véhicules** de la riposte pour rechercher les malades, leurs contacts et pour la vaccination ?

- Bonne stratégie
- Mauvaise stratégie
- A la fois bonne et mauvaise stratégies

Pourquoi ?

23. Comment appréciez-vous l'**installation des tentes** de la riposte dans les quartiers pour la vaccination ?

- Bonne stratégie
- Mauvaise stratégie
- A la fois bonne et mauvaise stratégies

Pourquoi ?

24. Comment aviez-vous apprécié la stratégie de la riposte consistant à **rechercher les malades d'Ebola dans les quartiers et villages** au lieu que ce soient les **malades qui s'amènent à l'hôpital comme d'habitude** ?

- Bonne stratégie
- Mauvaise stratégie
- A la fois bonne et mauvaise stratégies

Pourquoi ?

25. Comment aviez-vous apprécié la stratégie de la riposte consistant à **installer les CTE en dehors des milieux hospitaliers habituels** ?

- Bonne stratégie
- Mauvaise stratégie
- A la fois bonne et mauvaise stratégies

Pourquoi ?

26. Comment les gens trouvaient du travail dans la riposte contre Ebola ?

- Recrutement normal
- Menaces proférées aux équipes de la riposte
- Fanatisme
- Je ne sais pas

27. Y a-t-il eu des moments où la riposte contre Ebola a recouru à la coutume (sacrifice et autres rituels) pour mettre fin à Ebola ? (Si Non, sautez Q.28 & 29)

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

28. D'où était (serait) venue la proposition ?
- De la communauté (population)
 - Des chefs coutumiers
 - De l'OMS
 - Du gouvernement
 - Des anthropologues
 - Autres (à préciser)
29. D'où était (serait) venu l'argent pour accomplir le rituel ?
- De la communauté (population)
 - Des chefs coutumiers
 - De l'OMS
 - Du gouvernement
 - Des anthropologues
 - Autres (à préciser)
30. Pourquoi des gens s'attaquaient aux équipes de l'enterrement digne et sécurisé (EDS) des personnes décédées d'Ebola ?
- Pour voir si réellement la personne décédée est dans le cercueil
 - Pour remettre en cause l'existence de la maladie
 - Pour contester la mauvaise gestion de la riposte
 - Pour non-respect de la culture locale concernant des rituels d'enterrement (culte, exposition du corps, accompagnement de la famille, des amis et connaissances du *de cujus* au cimetière,...)
31. D'où provenaient, selon vous, les rumeurs qui diabolisaient les activités de la riposte contre Ebola ?
- Des groupes de pression
 - Des politiciens en quête d'électorat
 - Des familles ayant perdu les leurs dans cette maladie
 - Des groupes rebelles *mai-mai*
 - De certains agents directs de la riposte
 - Du personnel soignant local (infirmiers, médecins) ne travaillant pas directement dans la riposte
32. Pourriez-vous citer quelques textes régissant la santé en RDC ?
33. Avez-vous une idée sur l'organisation et le fonctionnement du système de santé congolais ? (si Oui Q.34, si Non Q.35)
- Oui
 - Non
34. Si oui, comme est-il organisé et comment fonctionne-t-il ?
35. Si non, pourquoi ?
36. L'actuelle loi qui régit le secteur de la santé en RDC est de quelle année ?
- 1952
 - 2000
 - 2018
 - 2021
 - Je ne sais pas
37. Après la fin de la 10^{ème} épidémie d'Ebola, pensez-vous qu'Ebola
- n'existait pas
 - qu'il était une fabrication (montage) pour perpétuer les massacres
 - qu'il était une sorcellerie
 - est une maladie comme toutes les autres

Justifiez votre réponse:

Merci pour avoir accepté de répondre à nos questions !

Annexe 10 : Données brutes indicatives issues de l'enquête auprès des soignants

	Non-réponses	Modalité citée en n° 1	Modalité citée en n° 2	Modalité la moins citée
Résidence informateur	0	Butembo : 83	Beni : 51	Kyanzaba/Bingo : 5
Genre	0	Masculin : 86	Féminin : 79	Autres : 0
Fonction_Riposte	22	Agent indirect de la riposte : 106		Agent direct de la riposte : 37
Fonction_habituelle	0	Infirmier(ère)/Laborantin(e) : 150	Médecin : 12	Pharmacien : 0
Sentiment_annonce_maladie	1	Peur et frustration : 151	Confiance : 8	Je croyais que ça ne me concernait pas : 0
Raison_sentiment_annonce	20	Sa dangérosité, contagiosité et mortalité... : 107	Première apparition dans la région (et d... : 15	Je n'y croyais pas : 0
Connaissances_sur_Ebola	10	VE épidémique, dangereuse et très morte... : 90	Signes cliniques et fièvre hémorragique : 27	Ebola est excitant sexuel : 0
Acquis_Ebola	10	Soigner en se protégeant (apprentissage... : 77	Gestes barrières/d'hygiène (port masque... : 57	Ancienne maladie : 0
Attentes	16	(Stratégies pr) mettre fin à Ebola dans... : 74	Eduquer/sensibiliser pr respect des mesu... : 22	Définition et historique d'Ebola : 0
Satisfaction_attentes1	13	Oui : 59	Mitigé (oui et non) : 48	Non : 45
Raisons_attentes	35	L'épisode a été éradiqué : 22	Négligence, orgueil et Ebola business : 20	Enterrements précipités, sans famille et... : 0
Appréciation_travail_Structures	4	Travail mitigé (en partie bien, en parti... : 82	Travail bien fait : 65	Travail mal fait : 14
Explication_Travail_Structures	31	Recrutement des charlatans/profanes(sans... : 23	Formation Ebola était pratique/Hygiène... : 22	Clé répartition dl prime baabaée ds stru... : 0
Origine_MVE	3	Zoonose(de l'animal à l'homme) : 140	Virus fabriqué pour perpétuer les massac... : 14	Autres (à préciser) : 0
Motif_origine	39	nsommation viande d'un animal (sauvage... : 89	Flou et doute persistent sur origine (ca... : 6	Je ne sais pas : 0
Raisons_manif_attaques	1	Ignorance : 93	Soupçon de perpétuer les massacres prése... : 91	Autres (à préciser) : 0
Justification_manif_attaques	46	Quête d'argent et du travail (Ebola busin... : 26	Première apparition dans la zone (pas d'... : 21	Moment de campagne et vote : 0
Alternatives_ripos Ebola	34	Ignorance : 16	Observance mesures barrières suffisaien... : 14	Instaurer la confiance : 0
Structuration riposte	80	Je ne sais pas : 39	Ministère dl santé (gouvernement congola... : 14	Le service de triage : 1
Coordination_globale	5	L'Etat congolais et l'OMS : 72	Je ne sais pas car il y avait confusion : 32	Le Médecin Chef de zone : 0
Coordination_locale	10	Le médecin Chef de zone et l'OMS : 52	Le Médecin chef de zone : 44	Autres (à préciser) : 0
Multiplcité_Acteurs	7	Bonne stratégie : 78	A la fois bonne et mauvaise stratégies : 51	Je ne sais pas : 1
Justification_multiplcité_acteurs	34	Travail en synergie selon spécialité et... : 29	Appuis technique, financier, matériel (k... : 22	Riposte en complicité avec massacrers : 1
Achat_aliments_extérieurs	9	Mauvaise stratégie : 83	A la fois bonne et mauvaise stratégies : 38	Bonne stratégie : 35
Raisons_Achat_Aliments_extér1	39	Achat local crédibiliserait (confiance)... : 45	iments importés soupçonnés de mauvaise... : 41	Elle lui refaisait ses aliments : 0
Militarisation_ripostel	6	Normal : 85		Anormal : 74
Appréciation_militarisation1	33	Prévenir éventualités (attaques armées e... : 65	Population, soignants et malades ont peu... : 14	Accès Zone insécure hostile : 0
Alternatives_militarisation	27	Milieux hospitaliers neutres (sans armes... : 117	Groupes de pression : 7	Leaders locaux / communauté locale : 1
Raisons_alternatives_militarisation	69	Milieux hospitaliers doivent être neutre... : 27	Armes fustrent/inquiètent les malades, ... : 25	Maîtrise de leur communauté(membres) : 0
Connaissances_manifestation	7	Non : 86		Oui : 72
Participation_non_violente	10	Non : 96		Non : 59
Raison_non_violentes_manif1	49	Rappelez leurs devoirs d'éradiquer Ebola : 21	Corriger les failles enregistrées : 15	Pas confiance totale : 0
Participation_violente1	3	Non : 146		Oui : 16
Raisons_Violences_manif1	38	alentissaient maîtrise MVE (gens mourra... : 44	Corriger/résoudre pacifiquement les fail... : 19	Pas confiance totale : 0
Riposte_et_groupes_armés1	5	Je ne sais pas : 74	Oui : 73	Non : 13
Lieu_GA	115	Mutsanga : 7	Butembo : 5	Lukanga : 1
Appréciation_cohorte_véhicules	8	Mauvaise stratégie : 81	A la fois bonne et mauvaise stratégies : 41	Bonne stratégie : 35
Justification_cohorte_véhicules	33	Occasionnait panique/peur, frustration, ... : 51	Justification d'argent gaspillé/déourn... : 16	Faisait penser à la politisation dl MVE : 0
Installation tentes in quartiers	8	Bonne stratégie : 96	Mauvaise stratégie : 40	A la fois bonne et mauvaise stratégies : 21
Raisons_Tentes_vaccination_quartiers	34	Faciliter l'accès rapide au vaccin et en... : 38	Panique et frustration chez les habitant... : 20	Bon pour la décoration : 1
Traque_malades_quartiers	7	Bonne stratégie : 103	Mauvaise stratégie : 35	A la fois bonne et mauvaise stratégies : 20
Raisons_traques_malades	31	Les gens refusaient d'aller se faire soi... : 50	Limiter et arrêter propagation dl MVE : 32	Traque de non malades : 0
Installation_CTE_Hors_Hôpitaux	9	Bonne stratégie : 123	Mauvaise stratégie : 22	A la fois bonne et mauvaise stratégies : 11
Raisons_Installation_Hors_CTE	26	éviter/minimiser contamination et monoco... : 86	Isolement des malades : 22	Etre soigné par inconnus : 0
Embauche_dans_ripostel	6	Fanatisme (realtions personnelles, recom... : 86	Je ne sais pas : 49	Sexe (féminins sollicités contre embauch... : 1
Rituel_riposte	14	Non : 67	Je ne sais pas : 65	Oui : 19
Proposition_rituel	147	De la communauté (population) : 10	Des chefs coutumiers : 6	De l'OMS : 0
Origine_argent_rituel	150	De l'OMS : 6	Du gouvernement : 5	Des anthropologues : 0
Attaques_EDS	11	Pour voir si réellement la personne décé... : 87	Pour non-respect de la culture locale (c... : 66	Pour lutter contre Ebola business des éq... : 1
Provenance_numeurs	14	Des familles ayant perdu les leurs dans... : 92	Des groupes de pression : 39	Des tradi-praticiens et des soignants de... : 1
Textes_Santé	113	Je ne sais pas : 50	Loi de 2018 : 1	Décret royal de 1952 : 0
Fonctionnement_Syst_Santé	40	Non : 85		Oui : 40
Idée_fonctionnement_santé	133	Au niveau local on a des zones de santé : 22	Organisé au niveau national (ministère) : 21	Son rôle c'est d'assurer le bon fonction... : 0
Pas d'idée_fonctionnement_syst	108	Manque d'information et de formation (ap... : 52	Beaucoup de désordres dans le secteur : 4	Je m'intéresse moins à la médecine : 0
Loi_santé_actuelle	36	Je ne sais pas / ne me rappelle pas : 107	2018 : 11	2021 : 1
Existence_Ebola	87	Est une maladie comme toutes les autres : 74	N'existait pas : 2	Etait une fabrication pour continuer mas... : 0
Raison_existence_déni	112	Epidémies existent (passent et reviennent... : 17	C'est un virus avec d'itologie bien commu... : 13	L'abondance de fnds affectés : 0

Annexe 11 : Actes de consentement à répondre à nos questions

Annexe 11.1. Acte de consentement destiné aux membres de la communauté

ACTE DE CONSENTEMENT

Moi (l'anonymat est permis ou on peut écrire les initiales des noms)

Je soussigné avoir accepté de répondre librement aux questions du chercheur Muhindo Kivikyavo Isaac en ma qualité de membre de la communauté touchée par la 10^{ème} épidémie de la maladie à virus Ebola.

Fait à, le/...../2022.

Signature ou empreinte digitale

Annexe 11.2. Acte de consentement destiné aux « vainqueurs »

ACTE DE CONSENTEMENT

Moi (l'anonymat est permis ou on peut écrire les initiales des noms)

Je soussigné avoir accepté de répondre librement aux questions du chercheur Muhindo Kivikyavo Isaac en ma qualité de « vainqueur » de la 10^{ème} épidémie de la maladie à virus Ebola.

Fait à, le/...../2022.

Signature ou empreinte digitale

Annexe 11.3. Acte de consentement destiné aux soignants

ACTE DE CONSENTEMENT

Moi (l'anonymat est permis ou on peut écrire les initiales des noms)

Je soussigné avoir accepté de répondre librement aux questions du chercheur Muhindo Kivikyavo Isaac en ma qualité de Médecin/Infirmier/Laborantin concernant la 10^{ème} épidémie de la maladie à virus Ebola.

Fait à, le/...../2022.

Signature ou empreinte digitale

Annexe 12 : Guide d'observation du chercheur

Guide d'observation

Cette observation a porté sur les sujets ci-après :

1. Les incidents sécuritaires : date, types d'incidents, acteurs présumés
2. Implications judiciaires de certains incidents : ex. le déroulement du procès
3. Incidents de résistances à la riposte dans les villages et quartiers
4. Fonctionnement de la riposte
5. Les sites d'installations des activités de la riposte : forces et faiblesses
6. Etc.

Annexe 13 : Note méthodologique sur la récolte et l'encodage des données et approbation éthique

1. Les données récoltées grâce à l'observation, à l'entretien et à la lecture des documents ont été récoltées uniquement par le doctorant.
2. Concernant les données récoltées grâce au questionnaire, le doctorant s'est fait joindre une équipe de cinq personnes pour l'aider à récolter les données vu l'immensité du travail. Une formation de deux jours a été organisée pour les mettre dans la philosophie de la recherche. Les enquêteurs sont tous des universitaires, licenciés (ou détenteurs de master dans le système belge) et assistants au département des sciences politiques et administratives de l'Université catholique du Graben. Chaque soir on se partageait les prouesses réalisées et les difficultés rencontrées pour voir comment les surmonter. Le doctorant était au four et au moulin car il devait tout coordonner et être sur terrain avec ses enquêteurs.
3. Ces enquêteurs ont été payés par le chercheur afin de les motiver à travailler avec plus de sérénité et de doigté.
4. Sur le plan logistique, le doctorant leur donnait également les frais de transport et de restauration. Quand nous partions en dehors de Butembo, nous logions dans des logements locaux ou dans des maisons pastorales locales.
5. 800 (huit cents) protocoles d'enquêtes ont été distribués. Seulement 412 ont été reçus après le travail de terrain (43 pour les « vainqueurs », 165 pour les soignants et 204 pour les communautés).
6. Le doctorant a lui-même encodé les données manuellement et ou par le logiciel Sphinx.
7. Les entretiens et l'administration des questionnaires se faisaient en langues locales (Kinande et Kiswahili), voire en français pour ceux qui les désiraient. Les enquêteurs avaient tous la maîtrise de ces langues et transcrivaient fidèlement en français tout ce qui leur était raconté.
8. Cette enquête a été menée avec l'approbation du comité d'éthique de la Santé N° 155/CNES/BN/PMMF/2019 du 29/12/2019.

Annexe 14 : Images des installations et ou infrastructures de la riposte



Photo de infocongo.net, 16/07/2020 : CTE Mangina, épiceutre du 10^e épisode



Notre photo, 24/11/2020 : Unités de triage et d'isolement



Notre photo (28/06/2021) : morgue construite grâce au fonds de la gratuité des soins pendant Ebola 10



Photo de RMBB, 02/09/2019 : OMS, Gouvernement, ONU, autorités religieuses unis contre Ebola



Notre photo, 13/11/2020 : CT décentralisé / Kasindi-Lubiriha

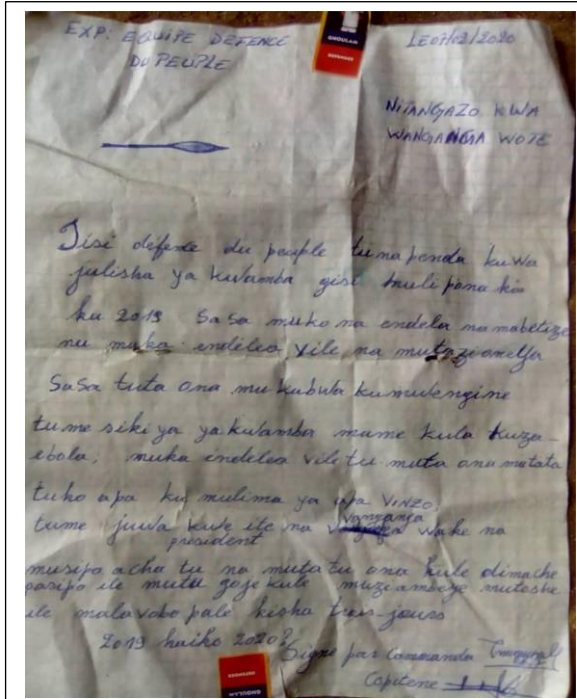


Notre photo, 02/11/2020 : Chantier en construction grâce à la gratuité des soins

Annexe 15 : Quelques rumeurs et commérages sur Ebola



Musavuli Boniface
 Il faut se méfier de cette affaire d'Ebola. Dr. Cyril Broderick, de l'Université du Delaware explique que Ebola est une arme biologique, et que l'Afrique est utilisée comme un terrain d'expérimentation, les populations africaines étant dans le rôle de cobayes.




Esperons que les ADF seront les premiers victimes de l'EBOLA en Territoire de BENI.



Annexe 16 : Quelques messages de sensibilisation sur la prévention et les signes d'Ebola

EcoSanté EBOLA
 Pour prévenir la maladie à Virus d'Ebola

LAVEZ-VOUS SOUVENT LES MAINS AVEC DU SAVON



- 1 Humidifier les mains
- 2 Frotter les deux paumes l'une contre l'autre
- 3 Frotter le dos de la main gauche contre le dos de la main droite
- 4 Frotter le dos de la main droite contre le dos de la main gauche
- 5 Frotter les doigts l'un contre l'autre
- 6 Sécher les mains avec un linge
- 7 Répéter

ATTENTION: LA PLUPART DES PERSONNES ATTEINTES D'EBOLA MEURENT

Pour plus d'infos: +24322204458

EcoSanté EBOLA
 Les manifestations de la maladie à Virus d'Ebola




ATTENTION: LA PLUPART DES PERSONNES ATTEINTES D'EBOLA MEURENT

Pour plus d'infos: +24322204458

EcoSanté EBOLA
 Pour ne pas attraper la maladie à Virus d'Ebola

NE TOUCHEZ PAS



ATTENTION: LA PLUPART DES PERSONNES ATTEINTES D'EBOLA MEURENT

Pour plus d'infos: +24322204458


EBOLA, C'est QUOI?
 C'est une maladie dangereuse et contagieuse causée par un virus. Si le malade se réveille et dit d'une prise en charge, il peut exprimer ses craintes de guérison. La prise en charge est le seul moyen efficace de lutte contre la maladie.

COMMENT se TRANSMET-elle?
 Elle se transmet par les contacts directs avec des personnes infectées mortes ou vivantes en manipulant leurs liquides: Sang, Urines, Salive, Sueror, Vomissements, Sève, Sperm, Secretions vaginales.

Quels sont les SIGNES de la maladie à virus EBOLA?
 Elle se manifeste entre 2 à 21 jours après le contact avec un malade qui: Fièvre, Myalgie intense, Malaise de tête, Nausée, vomissements, Diarrhées, Engorgement au niveau des ganglions, des bras, du cou, des aisselles, de l'aine et parfois des autres parties du corps.

En touchant le malade sans protection
 En touchant les objets d'un malade sans protection
 En touchant ou en manipulant des animaux malades ou trouvés morts

Comment EVITER la maladie à virus Ebola?



Protégeons-nous contre la maladie à virus EBOLA

Annexe 17 : Informations indicatives⁶¹⁷ sur les budgets de la riposte

Annexe 17.1. : Budget de la riposte Février-juillet 2019

Stratégies de riposte (interventions révisés)	US\$ février-juillet	Partenaires de soutien principaux
Renforcement de la coordination de la riposte multisectorielle avec différents comités à différents niveaux <ul style="list-style-type: none"> • 3 x centres des opérations d'urgence provincial • 6 x coordination terrain • 1 x comité nationale de coordination • Gestion de l'information/Suivi et évaluation 	21 150 000	OMS, PDSS, OCHA
Surveillance, dépistage actif des cas et suivi des contacts <ul style="list-style-type: none"> • 17 équipes d'intervention rapide/d'enquête sur les cas • 8 équipes perdu de vue • 75 x superviseurs pour la surveillance • 1 500 x agents de recherche des contacts • 112 x points d'entrée surveillé 	25 100 000	OMS, GOARN, MSF, OIM
Renforcement des capacités de diagnostic des laboratoires mobiles <ul style="list-style-type: none"> • 1 x laboratoire national de référence • 11 x laboratoires mobiles • Logistique pour le transport des échantillons 	1 255 000	OMS, EDPLN, PDSS
Prise en charge médicale des patients et des cas suspects <ul style="list-style-type: none"> • 9 x centres de traitement de la MVE et centres de transit • 600 x unités de triage dans les hôpitaux/centres de santé 	19 432 000	OMS, MSF, EDCARN, ALIMA, Équipes médicales d'urgence
Renforcement des mesures de prévention et de lutte contre l'infection, ainsi que des services d'eau, d'assainissement et d'hygiène dans les établissements de santé et les communautés <ul style="list-style-type: none"> • 600 x établissements de santé • 600 x dans les écoles • 900 x dans les communautés de la zone touchées • 23 x équipes pour des enterrements sûrs et dans la dignité • 17 x équipes de décontamination 	12 690 000	OMS, UNICEF, FICR, La Croix Rouge, UNFPA
Renforcement de la communication et de la mobilisation sociale <ul style="list-style-type: none"> • 18 x communication sur le risque • 800 x équipes pour l'engagement des communautés • 8 x équipes anthropologues 	7 610 000	OMS, UNICEF, FICR, La Croix Rouge
Soutien psychosocial <ul style="list-style-type: none"> • 10 x équipes de soutien psychosocial • 1 x appui nutritionnel et alimentaire auprès des personnes touchées 	10 993 000	UNICEF, PAM
Vaccination des groupes à risque et riposte de la recherche <ul style="list-style-type: none"> • 20 x équipes de vaccination 	10 780 000	OMS, MSF, GOARN, UNICEF
Appui à la gratuité des services de santé	12 700 000	PDSS
Appui opérationnel et logistique <ul style="list-style-type: none"> • 2 x bases opérationnelles • 6 x bases opérationnelles terrain • 1 x base logistique nationale 	21 615 000	OMS, PAM, MONUSCO, UNICEF
Préparation dans les provinces/Zones de santé avoisinant	4 550 000	OMS

⁶¹⁷ Malgré les recherches, aucun budget global et définitif n'a pu être trouvé.³

le Nord-Kivu et de l'Ituri • 50 x Zones de santé à Nord Kivu et à l'Ituri		
BUDGET TOTAL US\$	147 875 000	

Source : Plan national de riposte contre l'épidémie de la maladie à virus Ebola dans les provinces du Nord-Kivu et de l'Ituri en République Démocratique du Congo, 13.02.2019, pp. 33-34.

Annexe 17.2. : Budget de la riposte Janvier-Juin 2020

13.2. Synthèse du budget (réallocation budgétaire)

Sous-Pilier	Coût
1.0 Coordination	\$20,357,969.76
1.1 Communication de Risque et Engagement Communautaire	\$11,316,745
1.2 Surveillance, Suivi de Contacts, POE & Vaccination	\$37,773,712
1.3 Laboratoires	\$2,986,943
1.4 Prise en Charge Médicale & Survivants	\$31,055,422.43
1.5 Prévention & Contrôle des Infections/WASH	\$26,670,511
1.6 Enterrement Dignes & Sécurisés	\$8,107,481
1.7. Prise en Charge Psychosociale	\$8,343,760.33
1.8 Préparation opérationnelle	\$10,794,915
Total	\$157,774,536.20
Montant restant du SRP 4.0	\$29,875,663.00
Appel (Gap)	\$127,898,873.20

Source : Plan stratégique de la riposte contre l'épidémie de la maladie à virus Ebola dans les provinces du Nord-Kivu, Sud-Kivu et de l'Ituri en République Démocratique du Congo, 4^{ème} édition, Janvier 2020, p. 62.

Liste des tableaux

N°	Titre	Page
Tableau 01	Type de politique publique, forme de l'Etat et mode de légitimité	66
Tableau 02	Synthèse de l'approche intégrée des politiques publiques	69
Tableau 03	Récapitulatif des épisodes de la MVE depuis 1976	110
Tableau 04	Intervenants et rôle dans la gouvernance de la riposte contre la 10 ^{ème} MVE en RDC	124
Tableau 05	Coordonnateur général de la riposte	127
Tableau 06	Coordonnateur local de la riposte	128
Tableau 07	Opinions des informateurs sur la multiplicité d'acteurs	129
Tableau 08	Principales justifications des opinions sur la multiplicité d'acteurs par couche d'informateurs	131
Tableau 09	Sentiments ressentis lors de l'annonce d'Ebola	134
Tableau 10	Opinions sur l'arrivée des équipes de la riposte	136
Tableau 11	Principales justifications des opinions sur l'arrivée des équipes de la riposte	137
Tableau 12	Attentes vis-à-vis des équipes de la riposte	139
Tableau 13	Informateurs et satisfaction des attentes	141
Tableau 14	Déterminants de la satisfaction/insatisfaction des attentes	143
Tableau 15	Causes des attaques et manifestations	152
Tableau 16	Provenance des propositions de recourir aux pratiques magico-mythiques	158
Tableau 17	Financiers des rituels de sacrifice	159
Tableau 18	Opinions sur la cohorte de véhicules lors des descentes	163
Tableau 19	Justifications en faveur ou en défaveur de la cohorte de véhicules	165
Tableau 20	Appréciation de recherche des malades dans les ménages	170
Tableau 21	Appréciation de l'installation des tentes en plein air	173
Tableau 22	Synthèse des logiques d'actions sur la recherche active	174
Tableau 23	Installation des CTE hors structures sanitaires	175
Tableau 24	Justifications en faveur et en défaveur des CTE hors structures sanitaires	176
Tableau 25	Vie dans les CTE selon les vainqueurs	177
Tableau 26	Visite ou non visite et sentiments y afférents	180
Tableau 27	Perception de la militarisation de la riposte	180
Tableau 28	Raisons de l'anormalité de la militarisation de la riposte	182
Tableau 29	Connaissances sur la sécurisation des équipes de la riposte par les groupes armés	183
Tableau 30	Alternatives à la démilitarisation de la riposte	184
Tableau 31	Perception sur l'approvisionnement en nourriture	186
Tableau 32	Justifications du rejet de l'importation	187
Tableau 33	Causes des attaques des équipes de l'EDS	192

Tableau 34	Propagateurs des rumeurs	194
Tableau 35	Chronologie illustrative des attaques armées contre la riposte	197
Tableau 36	Participation aux manifestations anti-riposte	199
Tableau 37	Soutien aux manifestations pacifiques	199
Tableau 38	Points de vue sur les manifestations violentes	200
Tableau 39	Impact de la gratuité sur les recettes des structures sanitaires en USD	210
Tableau 40	Synthèse logiques et modes d'actions	218
Tableau 41	Connaissances sur la loi actuelle de la santé	223
Tableau 42	Connaissances sur l'organisation de la santé	224

Listes des figures et cartes

N°	Titre	Page
Figure N° 1	Analyse Mactor	35
Figure N° 2	Trois niveaux du système de santé congolais	45
Figure N° 3	Relation décision - politique publique – action publique	50
Figure N° 4	Les trois composantes de la politique du conflit	54
Cartes 1	Localisation du cadre d'étude	40
Cartes	Villes, territoires et zones de santé de Beni-Butembo	47
Figure N° 5	La sphère humanitaire	91
Figure N° 6	Système simplifié de la riposte au début d'Ebola	115
Figure N° 6b	Organigramme d'un CTE	117
Figure N° 7	Système simplifié de la riposte à partir de novembre 2018	118
Figure N° 8	Système organisationnel de la riposte après février 2019	121
Figure N° 9	Interaction entre instances et « paroissialisation » de la prise en charge	227

Listes des graphiques

N°	Titre	Page
Graphique 1	Sentiments après la déclaration de l'état de maladie	135
Graphique 2	Niveau de satisfaction des attentes par les soignants	140
Graphique 3	Niveau de satisfaction des attentes par les communautés	141
Graphique 4	Poids des thèmes sur les attentes en faveur du "oui" et du "non"	146
Graphique 5	Déterminants des attaques et manifestations pendant Ebola 10	153
Graphique 6	Recherche des malades dans les ménages	171
Graphique 7	Vie dans les CTE	178

Encadrés

N°	Titre	Page
Encadré N° 1	Versions développées sur le cas initial du 10 ^{ème} épisode	156
Encadré N° 2	Histoire d'une dame malade ayant fui les soins de la riposte contre le dixième épisode d'Ebola.	168
Encadré N° 3	Rumeurs sur l'amputation des organes humains	181

Table des matières

Résumé	i
Mots clés	i
Abstract	ii
Keywords	ii
Epigraphes	iii
Dédicace	iv
Remerciements	v
Sigles et abréviations	vii
Introduction générale	1
1. Contexte du 10 ^{ème} épisode de la Maladie à virus Ebola en RDC	1
2. État de la question	2
2.1. Études médicales et épidémiologiques sur la maladie à virus Ebola	3
2.2. Études sur la gouvernance de la riposte contre Ebola	6
2.3. Résilience des communautés locales	16
3. Problème et questions de recherche	18
3.1. Problème	18
3.2. Question principale de recherche	22
3.3. Question secondaire	22
4. Hypothèses et opérationnalisation des variables	22
4.1. Hypothèse principale	22
4.2. Hypothèse secondaire	25
5. Méthodologie	25
5.1. Approches analytiques	25
5.1.1. Le systémisme	25
5.1.2. L'approche socio-anthropologique	28
5.2. Récolte des données	30
5.2.1. Les entretiens semi-directifs	31
5.2.2. Le questionnaire et l'échantillonnage volontaire ou spontané	31
5.2.3. La technique boule de neige et le récit de vie	32
5.2.4. L'observation participante	33
5.2.5. La technique documentaire	33
5.2.6. La méthode Enquête Collective Rapide d'Identification des conflits et des groupes Stratégiques (ECRIS)	33
5.3. Traitement et analyse des données	34
5.4. Discussion des résultats	36
6. Objectifs	36
7. Choix	36
8. Difficultés rencontrées	37
9. Partition du travail	37
Première partie : FONDEMENTS THEORIQUES	39
Chapitre premier : Milieu d'étude et élucidation des concepts	40
I.1. Présentation du milieu d'étude	40
I.1.1. Territoires de Beni et de Lubero	40
I.1.2. Villes de Beni et de Butembo	42
I.1.3. Milieu d'étude et système sanitaire de la RDC	44

I.2. Elucidation des concepts	48
I.2.1. Action publique.....	48
I.2.2. Action sanitaire ou action de santé publique.....	51
I.2.3. Politique du conflit et concepts corollaires	53
I.2.3.1. Politique du conflit.....	53
I.2.3.2. Mouvement social	54
I.2.3.3. Groupe de pression/Groupe d'intérêt/lobbying.....	55
I.2.3.4. Société civile	57
I.2.3.5. Évolution de la politique du conflit dans la région de Beni-Butembo	60
I.2.4. Concepts liés à la lutte contre la dixième épidémie d'Ebola.....	62
I.2.4.1. Riposte/Réponse.....	62
I.2.4.2. « Vainqueur » d'Ebola	62
Chapitre deuxième : Théories de l'action publique et de l'action collective	64
II.1. Théories de l'action publique	64
II.1.1. Etat et politiques publiques.....	64
II.1.2. Approches intégrées des politiques publiques	67
II.1.2.1. Intérêts et courants afférents	70
II.1.2.2. Institutions et courants associés	77
II.1.2.3. Idées et courants associés	80
II.1.3. Critiques du néo-institutionnalisme	83
II.1.4. La mise en œuvre d'une décision ou d'une politique publique	84
II.1.5. Théories de l'action sanitaire et humanitaire	86
II.1.5.1. Théories explicatives de l'action humanitaire	86
II.1.5.2. Acteurs et principes de l'action humanitaire	90
II.2. Théories de l'action collective	93
II.2.1. Les premiers pas dans l'explication de l'action collective	93
II.2.2. La théorie des incitations sélectives.....	95
II.2.3. L'analyse stratégique	98
II.2.4. Théories de la mobilisation des ressources et l'approche du processus politique	100
II.2.5. L'angle identitaire de l'action collective	103
Conclusion de la première partie.....	105
Deuxième partie : Mise en place et attentes de la riposte contre le dixième épisode de la Maladie à virus Ebola.....	107
Chapitre I : Aperçu général sur la maladie à virus Ebola.....	108
I.1. Origines et caractéristiques de la MVE.....	108
I.2. Épisodes d'Ebola et avancées réalisées.....	110
Chapitre II : Evolution organisationnelle de la riposte contre le dixième épisode de la maladie à virus Ebola.....	114
II.1. Grands moments dans l'organisation de la riposte	114
II.1.1. Au début du 10ème épisode d'Ebola	114
II.1.2. A partir de novembre 2018	118
II.1.3. Après mars 2019	120
II.2. Les intervenants dans la gouvernance de la riposte contre la dixième épidémie d'Ebola ...	123
Chapitre III : Accueil et attentes communautaires vis-à-vis de la riposte contre le dixième épisode de la maladie à virus Ebola	134
III.1. Annonce de la maladie et arrivée des équipes de la riposte	134
III.1.1. Annonce de la maladie	134
III.1.2. Accueil des équipes de la riposte par les populations locales	135

III.2. Attentes.....	138
Conclusion de la deuxième partie.....	148
Troisième partie : MVE et lutte contre le dixième épisode dans le maillage socioculturel, politique et économique local.....	151
Chapitre I : Discours local sur le 10 ^{ème} épisode de la MVE.....	155
I.1. Ebola, maladie inconnue et cas initial inexpliqué.....	155
I.1.1. Ebola comme maladie inconnue dans la région de Beni-Butembo.....	155
I.1.2. Discours sur le cas initial du dixième épisode d’Ebola.....	156
I.1.3. Recours aux pratiques magico-mythiques pour endiguer Ebola.....	158
I.2. Ebola comme une « fabrique » par des acteurs et pour des fins obscurs.....	159
Chapitre II : <i>Modus operandi</i> de l’organisation de la riposte contre le dixième épisode de la maladie à virus Ebola.....	163
II.1. La recherche active des malades dans la communauté.....	163
II.1.1. Cohorte de véhicules.....	163
II.1.2. Recherche des malades jusque dans leurs ménages.....	170
II.1.3. Installation des tentes dans les quartiers pour la vaccination.....	172
II.1.4. Synthèse à retenir de ces différentes logiques d’actions.....	174
II.2. Riposte et lieux d’installation des services.....	175
II.3. La gestion sécuritaire de la riposte.....	180
II.4. Gestion de la pension alimentaire.....	185
Chapitre III : Mécanismes de résilience et leur impact dans la lutte contre le 10 ^{ème} épisode de la MVE.....	190
III.1. Mécanismes de résilience dans la lutte contre le 10 ^{ème} épisode de la MVE.....	190
III.1.1. Politique du conflit dans la lutte contre le dixième épisode d’Ebola.....	191
III.1.1.1. Attaques et manifestations.....	191
III.1.1.2. Provenances ou sources des rumeurs.....	194
III.1.1.3. Attaques armées.....	197
III.1.1.4. Organisation des manifestations.....	198
III.1.1.5. Tracts, intimidations directes et grèves.....	201
III.1.1.6. De la création des cellules d’animation communautaire.....	202
III.1.2. Fenêtres d’opportunités dans la lutte contre le dixième épisode d’Ébola.....	203
III.2. Impact des mécanismes de résilience sur la gouvernance du 10 ^{ème} épisode de la MVE....	204
III.2.1. Envers la société civile et politique.....	204
III.2.2. Envers les groupes armés.....	207
III.2.3. Vis-à-vis des croyances et habitudes locales.....	208
III.2.4. Envers le personnel soignant et la population.....	209
III.2.4.1. Le programme de la gratuité des soins.....	209
III.2.4.2. Construction et gestion des unités de triage et des centres de transit (CT).....	214
Chapitre IV : Constats, leçons et éléments de politique publique de santé en RDC.....	216
IV.1. Constats faits et leçons apprises.....	216
IV.1.1. Constats sur l’action revendicative et l’effet retour.....	216
IV.1.2. Leçons apprises de six logiques d’actions recensées.....	218
IV.2. Éléments de politique publique de santé en RDC.....	220
IV.2.1. Dispositions constitutionnelles, légales et connaissances actuelles sur l’organisation de santé en RDC.....	220
IV.2.1.1. Dispositions constitutionnelles et légales actuelles.....	220
□ Niveaux d’organisation du secteur sanitaire.....	220
□ Quelques gaps repérés dans l’arsenal juridique sanitaire.....	222

IV.2.1.2. Connaissances actuelles des enquêtés en matière sanitaire	223
□ Présentation	223
□ Gaps constatés	224
IV.2.2. Eléments de renforcement de la politique et du système sanitaire de la RDC	225
Conclusion de la troisième partie	229
Conclusion générale	232
Bibliographie	238
Livres et chapitres (ou articles) des livres collectifs.....	238
Articles scientifiques	244
Thèses de doctorat, Mémoires et autres travaux de fin d'étude / de cycle, cours et autres documents académiques	249
Textes juridiques, résolutions et autres documents de politiques publiques	250
Dictionnaires et encyclopédie (et articles tirés des dictionnaires).....	251
Rapports, lettres, déclarations et communiqués divers.....	252
Articles de presse.....	255
Annexes.....	256
Annexe 1 : Guide d'entretien destiné aux responsables des structures sanitaires et de la riposte.....	256
Annexe 2 : Questionnaire d'enquête destiné à la Communauté lors de la préenquête	257
Annexe 3 : Questionnaire d'enquête destiné à la Communauté lors de l'enquête proprement dite	259
Annexe 4 : Données brutes indicatives issues de l'enquête auprès de la communauté.....	263
Annexe 5 : Questionnaire d'enquête destiné aux « vainqueurs » lors de la préenquête.....	264
Annexe 6 : Questionnaire d'enquête destiné aux « vainqueurs » lors de l'enquête proprement dite	266
Annexe 7 : Données brutes indicatives issues de l'enquête auprès des « vainqueurs » d'Ebola.....	270
Annexe 8 : Questionnaire d'enquête destiné aux soignants lors de l'enquête proprement dite ..	271
Annexe 9 : Questionnaire d'enquête destiné aux soignants lors de l'enquête proprement dite ..	273
Annexe 10 : Données brutes indicatives issues de l'enquête auprès des soignants.....	277
Annexe 11 : Actes de consentement à répondre à nos questions	278
Annexe 11.1. Acte de consentement destiné aux membres de la communauté	278
Annexe 11.2. Acte de consentement destiné aux « vainqueurs ».....	278
Annexe 11.3. Acte de consentement destiné aux soignants	278
Annexe 12 : Guide d'observation du chercheur	279
Annexe 13 : Note méthodologique sur la récolte et l'encodage des données et approbation éthique	280
Annexe 14 : Images des installations et ou infrastructures de la riposte	281
Annexe 15 : Quelques rumeurs et commérages sur Ebola	282
Annexe 16 : Quelques messages de sensibilisation sur la prévention et les signes d'Ebola	283
Annexe 17 : Informations indicatives sur les budgets de la riposte	284
Annexe 17.1. : Budget de la riposte Février-juillet 2019	284
Annexe 17.2. : Budget de la riposte Janvier-Juin 2020	285
Liste des tableaux	286
Listes des figures et cartes.....	288
Listes des graphiques.....	288
Encadrés	288
Table des matières	289