

Depuis plusieurs années, la région de Beni a connu des catastrophes humanitaires à conséquences diverses. En plus des tueries, Beni a été frappé aussi par l'épidémie d'Ebola qui a ravagé les populations locales par des morts en plongeant la population dans une situation humanitaire très critique. Aujourd'hui, la population essaye de sortir dans cette catastrophe sanitaire due à la MVE tout en étant vulnérable à la Covid19 qui s'est déclarée en Chine depuis 2019 et qui s'est propagée dans tous les pays, y compris la RDC. En RDC, la Covid19 touche plusieurs villes dont la ville de Beni qui a connu quelques cas confirmés de Covid19.

Lorsque l'on observe le nombre des morts et de contamination que la Covid19 est capable de provoquer, la population de la zone de Beni, touchée par la MVE, se trouve vulnérable et développe une crainte de revoir le nombre de morts se multiplier à cause de la Covid19.

C'est ainsi que cette recherche a été initiée par Pole Institute, sous le financement de l'Union Européenne, dans le but d'analyser les leçons apprises lors de la dixième épidémie d'Ebola, qui ont permis aux autorités, aux structures médicales, au personnel du secteur de la santé et aux populations vivant dans les zones infectées par Ebola, de vite s'adapter et de lutter efficacement contre la propagation de la Covid19.



Avenue Alindi n°289, Quartier Himbi I, Ville de Goma / Nord-Kivu
B.P. 72 Goma (RDC) / B.P. 355 Gisenyi (Rwanda)
Tél.: (00243) 81 77 89 819— (00243) 97 47 78 148

Web site: www.pole-institute.org E-mail : poleinst@pole-institute.org, poleinst@free.fr

Etude sur l'adaptation des autorités, des structures médicales, du personnel de la santé et des populations vivant dans les zones infectées par Ebola contre la propagation de la Covid19. Cas de la région de Beni



Pole Institute
Institut Interculturel dans la Région des Grands Lacs

Etude sur l'adaptation des autorités, des structures médicales, du personnel de la santé et des populations vivant dans les zones infectées par Ebola contre la propagation de la Covid19. Cas de la région de Beni

Augustin MUMBERE Sibayirwandeke

Dossier

Décembre 2020

INRB	: Institut National des Recherches Biologiques
IT	: Infirmiers Titulaires
ITA	: Infirmiers Titulaires Adjoint
JPCP	: Jeunes Patriotes Consolidateurs de la Paix
LUCHA	: Lutte pour le Changement
MAPEPI	: Maladies à potentiel épidémique
MCZ	: Médecin chef de zone
MONUSCO	: Mission des Nations-Unies pour la Stabilisation du Congo
MVE	: Maladie à virus Ebola
OGOL	: One girl one leader
OIM	: Organisation Internationale de Migration
OMS	: Organisation Mondiale de la Santé
ONG	: Organisation non Gouvernementale
PCI	: Prévention et Contrôle des infections
PRESICODESA	: Président du comité de développement et de santé
RDC	: République Démocratique du Congo
RTR	: Radio Télévision de Rwanzururu
Reco	: Rélais communautaires
SBC	: Surveillance à Base Communautaire
SSHAP	: Social Science in Humanitarian Action Platform
UNICEF	: Fonds des Nations-Unies pour l'Enfance
WASH/EAH	: Water Sanitation and Hygiene/Eau Assainissement et Hygiène
ZS	: Zone de Santé

Résumé Exécutif

Depuis plusieurs années, la région de Beni a connu des catastrophes humanitaires à conséquences diverses. En plus des tueries, Beni a été frappé aussi par l'épidémie d'Ebola qui a ravagé les populations locales par des morts en plongeant la population dans une situation humanitaire très critique. Aujourd'hui, la population essaye de sortir dans cette catastrophe sanitaire due à la MVE tout en étant vulnérable à la Covid19 qui s'est déclarée en Chine depuis 2019 et qui s'est propagée dans tous les pays, y compris la RDC. En RDC, la Covid19 touche plusieurs villes dont la ville de Beni qui a connu quelques cas confirmés de Covid19.

Lorsque l'on observe le nombre des morts et de contamination que la Covid19 est capable de provoquer, la population de la zone de Beni, touchée par la MVE, se trouve vulnérable et développe une crainte de revoir le nombre de morts se multiplier à cause de la Covid19.

C'est ainsi que cette recherche a été initiée par Pole Institute, sous le financement de l'Union Européenne, dans le but d'analyser les leçons apprises lors de la dixième épidémie d'Ebola, qui ont permis aux autorités, aux structures médicales, au personnel du secteur de la santé et aux populations vivant dans les zones infectées par Ebola, de vite s'adapter et de lutter efficacement contre la propagation de la Covid19.

Spécifiquement, la présente étude veut :

- Relever les erreurs commises et les leçons positives tirées de la riposte contre la MVE dans la zone de Beni ;
- Apprécier la capacité acquise par les structures de santé et le personnel médical, dans les zones touchées par Ebola, pour lutter contre Covid19 ;

- Apprécier la capacité acquise par les habitants des zones de Beni touchées par Ebola, pour lutter contre le corona virus ;
- Apprécier la capacité acquise, à travers la riposte contre Ebola, par les autorités locales afin de lutter efficacement contre le corona virus ;
- Vérifier la souplesse qu'a la population dans l'application des mesures barrières utilisées contre Ebola, qui sont utilisées aujourd'hui contre Covid19 ;
- Enfin, établir la différence entre l'épidémie d'Ebola et la pandémie à Covid19.

A l'issue des entretiens individuels et des discussions de groupe organisés en Beni-ville et en Beni-territoire (Mangina, Mabalako, Kyanzaba), cette étude qui se veut qualitative, à la fois participative et interactive, a abouti aux résultats essentiels suivants :

1. Le refus individuel et collectif de l'existence de la MVE par la population locale a engendré une résistance contre les équipes de riposte. La raison principale de cette résistance est le déficit des connaissances que la population locale avait sur la MVE. La population locale avait soit des connaissances erronées, soit des connaissances insuffisantes, sur les modes de transmission, de prévention contre la MVE, sur les symptômes, sur la riposte, etc.
2. En plus du déficit des connaissances sur la MVE, la résistance communautaire contre la riposte était due au contexte socio-politique qui prévalait en RDC en général et particulièrement dans la zone de Beni. Les massacres perpétrés par les rebelles des ADF-NALU contre les populations de Beni et les enjeux électoraux ont créé un terrain propice aux rumeurs et aux discours politiques qui ont renforcé la résistance.
3. Ces rumeurs et discours politiques ont aussi créé la peur et l'angoisse au sein de la population qui a cru aux complots et a développé la méfiance vis-à-vis des autorités politiques et

administratives. Ebola à Beni a été interprété comme une stratégie d'extermination de la population nande de Beni en représailles contre sa position hostile envers le régime de Kinshasa.

4. La résistance contre la MVE et les équipes de riposte était aussi due à la non-intégration des populations locales dans les équipes de riposte. Au début de l'épidémie, les activités de riposte étaient réalisées par les personnes étrangères au milieu. Les langues parlées et le comportement extravagant de ces personnes n'ont pas trouvé l'adhésion des communautés locales.
5. Les activités et pratiques de riposte n'ont pas, non plus, respecté les valeurs culturelles et traditionnelles du terroir. L'EDS, la désinfection des maisons des personnes infectées (mortes ou vivantes), l'habillement avec les EPI ont été considérés comme des actes qui violaient les cultures traditionnelles locales.
6. Au-delà de ce qui précède, la forte mobilisation logistique et financière de toute la communauté internationale et du gouvernement n'a pas été bien comprise par la population. Celle-ci a, plutôt, été convaincu que la MVE a été créée par les ONG pour le seul but de s'enrichir. D'où la conception selon laquelle l'existence de la MVE dans la région de Beni est du domaine de business.
7. Pour des leçons positives de la riposte contre la MVE, la population locale de Beni a intégré les pratiques d'hygiène dans leurs habitudes et, par conséquent, réduit la prévalence des maladies des mains sales. Ces pratiques d'hygiène permettent aussi à la population de lutter contre la Covid19.
8. La riposte contre la MVE a appris à la population de Beni, surtout aux agents de santé, qu'il faut travailler avec dévouement, malgré la résistance communautaire, pour éradiquer une maladie contagieuse.

9. A partir de la riposte, la population locale a compris aussi l'importance de la prévention contre une maladie par rapport au traitement. Il ressort de l'étude que les communautés locales se sont rendues compte qu'il faut observer des mesures qui les protègent contre les malades parce que le traitement peut parfois échouer. Pour ce faire, la vaccination est très importante. Mais aussi, la population a appris qu'il faut se rendre à temps dans les structures médicales pour augmenter les chances de guérison. Il y a donc baisse de l'automédication.
10. Parmi les leçons positives tirées de la riposte contre Ebola, il y a aussi la valorisation de l'approche d'engagement communautaire dans la lutte contre les épidémies. L'intégration de toutes les couches de la communauté dans toutes les activités d'intervention de la riposte, conditionne la réussite de la lutte contre les épidémies.
11. Les résultats ont révélé qu'à la suite de la riposte, la population locale a comblé certaines insuffisances des connaissances sur la MVE et sur d'autres épidémies dont l'éradication nécessite l'engagement de toute la communauté. Au cours de l'enquête, les leaders d'opinion, les infirmiers titulaires, les membres des mouvements citoyens, les relais communautaires ont confié que la population est prête à ne pas céder aux rumeurs s'il y a une catastrophe sanitaire dans leur milieu.
12. Il ressort de l'étude que les structures médicales et les agents de santé ont bénéficié des transferts des connaissances et des compétences dans la prévention et la prise en charge non seulement de la MVE, mais aussi de toute autre maladie à potentiel épidémique. Les structures de santé ont acquis d'infrastructures d'hygiène et des services de triage alors que les agents de santé ont des formations de renforcement de capacité dans la gestion des épidémies, dans la recherche,

l'identification et la détection des personnes infectées et leurs contacts, etc.

13. Les autorités ont aussi bénéficié de l'expérience de riposte contre la MVE pour améliorer leur façon de communiquer avec la population en période de catastrophe sanitaire. Elles ont été formées dans les techniques de sensibilisation communautaire et dans les techniques de conception de plan de contingence. Pour les autorités, la fin de la MVE a permis le relèvement du niveau de confiance que la population leur donne.
14. L'étude fait ressortir le fait que la population de Beni observe les mesures barrières, qu'elle observait contre Ebola, pour lutter contre Covid19. Le lavage des mains, l'enterrement sécurisé des morts, la protection individuelle par les agents de santé sont d'application. Mais, la population a failli dans le respect strict du port des masques et de la distanciation physique qu'exige la prévention contre Covid19. Pour la population, ceci est dû à la faible sensibilisation de la part de la riposte contre Covid19.
15. La recherche révèle que la population de Beni estime qu'il y a une différence entre la MVE et la Covid19. Selon les participants aux entretiens, la MVE est très mortelle que la Covid19 même si la Covid19 est très contagieuse que la MVE. Certains signes sont identiques mais d'autres les distinguent. Enfin, la population pense que la riposte contre Ebola était plus intense que la riposte contre Covid19 ; peut-être parce que la Covid19 ne tue pas comme la MVE.
16. Il ressort donc que la communauté locale de Beni est prête à faire face à une MVE éventuelle et à toute épidémie contagieuse comme la Covid19, cependant, elle estime que la mobilisation doit être forte. Il faut donc une sensibilisation basée sur l'approche communautaire pour que la population adhère rapidement et facilement aux activités de riposte.

17. Pour les autorités, la riposte contre Covid19 est décentralisée et fait intervenir les autorités locales. Ces dernières participent à la riposte en travaillant conjointement avec les organisations locales et les leaders locaux pour sensibiliser la population sur l'importance du respect des mesures barrières contre Covid19.

Executive Summary

For several years, the Beni region has experienced humanitarian disasters with various consequences. In addition to the killings, Beni was also hit by the Ebola outbreak, which ravaged local populations with deaths by plunging the population into a very critical humanitarian situation. Today, the population is trying to get out of this EVD-related health disaster while being vulnerable to Covid19, which started in China in 2019 and has spread to all countries, including the DRC. In the DRC, Covid19 affects several cities including the city of Beni which has experienced some confirmed cases of Covid19.

When one observes the number of deaths and contamination that Covid19 is able to cause, the population of the area of Beni, affected by EVD, is vulnerable and develops a fear to review the number of deaths multiply because of Covid19.

For example, this research was initiated by the Pole Institute, funded by the European Union, with the aim of analysing the lessons learned during the tenth Ebola outbreak, which enabled the authorities, the medical facilities, Health sector staff and populations living in Ebola-infected areas to adapt quickly and effectively combat the spread of Covid19.

Specifically, this study aims to:

- Identify mistakes made and positive lessons learned from the EVD response in the Beni area;
- Assess the capacity of health facilities and medical personnel in Ebola-affected areas to fight Covid19;
- Assess the capacity acquired by the inhabitants of Beni areas affected by Ebola, to fight against the corona virus;

- Assess the capacity acquired, through the Ebola response, by local authorities to effectively combat the corona virus;
- Check the flexibility that the population has in applying the barrier measures used against Ebola, which are used today against Covid19;
- Finally, differentiate between the Ebola outbreak and the pandemic

Following individual interviews with key informants and group discussions in Beni-city and Beni-territoire (Mangina, Mabalako, Kyanzaba), this qualitative, participatory and interactive study, has resulted in the following key outcomes:

1. The local population's individual and collective rejection of the existence of the EVD led to resistance against the response teams. The main reason for this resistance was the lack of knowledge that the local population had about EVD. The local population had either incorrect or insufficient knowledge about the modes of transmission, EVD prevention, symptoms, response, etc.

2. In addition to the lack of knowledge about EVD, community resistance to the response was due to the prevailing socio-political context in the DRC in general and particularly in the Beni area. The massacres perpetrated by the ADF-NALU rebels against the people of Beni and the electoral stakes created a fertile ground for rumors and political discourse that strengthened the resistance.

3. These political rumours and speeches also created fear and anguish among the population who believed in plots and developed distrust of political and administrative authorities. Ebola in Beni was interpreted as a strategy to exterminate the nande population of Beni in retaliation against its hostile position towards the Kinshasa regime.

4. Resistance against EVD and response teams was also due to the non-integration of local populations in response teams. At the beginning of the outbreak, response activities were carried out by people from outside the community. The languages spoken and the

extravagant behaviour of these people did not find the support of local communities.

5. Response activities and practices also failed to respect the cultural and traditional values of the land. DHS, disinfection of infected people's homes (dead or alive), clothing with PPE were considered acts that violated local traditional cultures.

6. Beyond the above, the strong logistical and financial mobilization of the entire international community and the government has not been well understood by the population. Rather, it was convinced that the EVM was created by NGOs for the sole purpose of enrichment. Hence the view that the existence of the EVM in the Beni region is a matter of business.

7. For positive lessons from the response to EVD, the local population of Beni has integrated hygiene practices into their habits and, as a result, reduced the prevalence of dirty hand diseases. These hygiene practices also allow the population to fight against Covid19.

8. The response to EVD has taught the people of Beni, especially health workers, that it is necessary to work with dedication, despite community resistance, to eradicate a contagious disease.

9. From the response, the local population also understood the importance of disease prevention in relation to treatment. The study shows that local communities have realized that measures to protect them from the sick are necessary because treatment can sometimes fail. To do this, vaccination is very important. But also, the population has learned that it is necessary to get to the medical facilities in time to increase the chances of recovery. So there is a decline in self-medication.

10. Among the positive lessons learned from the Ebola response, there is also the enhancement of the community engagement approach in the fight against epidemics. The integration of all layers of the community into all response activities is a prerequisite for the success of the fight against epidemics.

11. The results revealed that as a result of the response, the local population filled some gaps in knowledge about EVD and other epidemics, including eradication that required community-wide engagement. During the investigation, key informants reported that the public is prepared not to give in to rumours if there is a health disaster in their community.

12. The study shows that medical facilities and health workers have benefited from the transfer of knowledge and skills in the prevention and management of not only EVD, but also of any other disease with epidemic potential. Health structures have acquired hygienic infrastructure and triage services while health workers have capacity building training in epidemic management, in the investigation, identification and detection of infected persons and their contacts, etc.

13. The authorities have also benefited from the EVD response experience to improve how they communicate with the population during a health disaster. They have been trained in awareness techniques

14. The study highlights the fact that the people of Beni are observing the barrier measures, which they were observing against Ebola, to fight against Covid19. The washing of hands, the safe burial of the dead, the personal protection by health workers apply. However, the population failed in strict compliance with the wearing of masks and the physical distancing required by prevention against Covid19. For the population, this is due to the low awareness that the response to Covid19 makes.

15. Research shows that the population of Beni estimates that there is a difference between EVD and Covid19. According to the interview participants, EVD is very deadly as Covid19 even though Covid19 is very contagious as EVD. Some signs are identical but others distinguish them. Finally, the population believes that the response to Ebola was more intense than the response to Covid19; perhaps because Covid19 does not kill like the EVD.

16. It therefore appears that the local community of Beni is ready to face a possible EVD and any contagious epidemic like Covid19, however, it believes that the mobilization must be strong. Awareness-raising based on a community-based approach is therefore needed so that the population can quickly and easily adhere to response activities.

1. Introduction

1.1. Contexte de l'étude

C'est depuis la fin de l'année 2019 que le monde entier est secoué par une crise sanitaire causée par le nouveau corona virus (Covid19) dont l'origine est géographiquement localisée en Chine dans la ville de Wuhan. Avec une vitesse sans pareille, la Covid19 s'est propagée dans tous les pays, tuant des centaines des milliers des personnes à la suite d'une pneumonie aiguë. Certes, aucune région du monde n'a été épargnée par ce virus, mais certaines régions ont été plus affectées que d'autres.

Cette pandémie à Covid19 a relevé la faiblesse de beaucoup des systèmes sanitaires tant des pays riches et réputés avancés que des pays pauvres. Ce qui a conduit certains analystes à formuler des hypothèses plus pessimistes vis-à-vis du continent africain où les pays ne disposent pas des moyens financiers, logistiques, humains, etc, nécessaires pour faire face à cette situation désastreuse. A ce sujet, plusieurs spécialistes de rangs mondiaux ont promis une hécatombe pour les pays africains au vu de la précarité de leurs systèmes de santé.

Cependant, il est fort de constater que l'Afrique semble être une des régions du monde qui se tirent bien d'affaire. Les statistiques publiées par des services gouvernementaux et des organisations internationales spécialisées démontrent que le continent africain enregistre moins des cas de contamination et des morts comparative-ment à l'Europe, à l'Amérique et à l'Asie.

Mais, au-delà de cette prouesse, la plupart des pays africains se sont caractérisés par des nombreuses atteintes de droits et libertés des personnes, observées surtout dans la mise en œuvre des mesures barrières décidées par tous les gouvernements d'Afrique, y compris la circulation des rumeurs et fausses informations.

Parmi les régions d’Afrique, la région des grands lacs mérite une attention particulière. Déjà secoués par l’instabilité politique et économique menaçant la paix, les pays comme la RDC (surtout dans sa partie Est), le Burundi, l’Ouganda, la Tanzanie et le Rwanda ont vu la Covid19 (et ses conséquences négative) s’ajouter aux différents problèmes présents depuis des décennies. Au nombre des difficultés et problèmes persistants dans cette région, singulièrement à l’Est de la RDC, il y a des situations des conflits dont les facteurs (ou causes) sont de plusieurs ordres, certains étant liés au déficit informationnel, à la désinformation et aux rumeurs.

Il est à rappeler qu’avant la pandémie à la Covid19, l’Est de la RDC était en proie à la maladie à virus d’Ebola qui sévissait intensivement dans la région de Beni (Nord Kivu) et de Mambasa (Ituri). Prises au piège par les actes des tueries attribuées aux rebelles ADF et par la désolation causée par les morts dues à Ebola, les populations locales vivant dans ces deux régions ont, dans la panique, développé des comportements des violences, s’attaquant aux autorités politico-administratives et aux personnels des équipes de riposte.

C’est ainsi que les organisations œuvrant dans le domaine de prévention des conflits à l’Est de la RDC notamment Pole Institute, International Alert et Internews se sont lancées dans le travail de prévenir les conflits et d’améliorer des écosystèmes de l’information, de lutter contre les fausses informations et des rumeurs qui sont à la base de certains comportements de violences susmentionnés.

Ainsi, à travers son Instrument contribuant à la Stabilité et à la Paix (IcSP), l’Union Européenne a financé le projet « Covid19 Projet Régional de Réponse Rapide-Grands Lacs » (Covid19-P3RGL) qui est mis en œuvre par Internews Europe en partenariat avec Pole Institute et International Alert.

Pour ce qui concerne Pole Institute, la présente recherche se focalise sur la zone de Beni (Beni-ville et Beni-territoire) en province du Nord Kivu. Cette zone a connu la MVE (maladie à virus Ebola)

durant pratiquement deux ans et reste encore vulnérable vis-à-vis de la Covid19.

Passer d'une crise sanitaire (MVE) à l'autre (Covid19) soulève alors un questionnement qui conduit à la présente étude dont la pertinence est d'élucider comment les leçons apprises lors de la dernière épidémie d'Ebola ont permis aux autorités, aux structures médicales, au personnel du secteur de la santé, et aux populations vivant dans les zones qui ont été infectées par Ebola de vite s'adapter et de lutter efficacement contre la propagation de la Covid19, dans quelle mesure les approches utilisées dans la riposte peuvent, ou non, renforcer les capacités de résilience des populations face à la pandémie à la Covid19.

Dans cette optique, quelques questions peuvent être soulevées :

- Que peut-on apprendre de l'épidémie d'Ebola pour la pandémie de Covid19 ?
- Les habitants des régions de Beni (plus touchés par Ebola) sont-ils mieux préparés pour réagir contre la propagation de la Covid19 ?
- Les leçons tirées de l'épidémie d'Ebola aident-elles les populations des zones touchées à s'adapter également à la nouvelle pandémie à la Covid19 ?
- Les populations de ces zones, sont-elles désormais plus conscientes de l'importance des mesures d'hygiène, les mettent-elles facilement en application, sont-elles renforcées dans les protocoles sanitaires mis en place qui pourraient permettre de gérer efficacement la maladie à corona virus (Covid19) ?
- Quelles sont les similitudes et les différences entre ces deux épidémies ?

1.2. Objectifs de l'étude

La présente recherche poursuit l'objectif de comprendre comment les leçons apprises lors de la dernière épidémie d'Ebola ont permis

aux autorités, aux structures médicales, au personnel de santé et aux populations vivant dans les zones infectées par Ebola de vite s'adapter et de lutter efficacement contre la propagation de la Covid19.

Spécifiquement, l'étude a comme objectifs :

- Relever les leçons tirées de l'épidémie d'Ebola qui a sévi dans la zone de Beni, leçons qui peuvent aider à affronter la Covid19. Ce qui revient à identifier non seulement les erreurs commises lors de la riposte contre la dixième épidémie d'Ebola dans la zone de Beni, mais aussi analyser les leçons positives ;
- Apprécier la capacité acquise par les structures de santé et le personnel médical des zones touchées par Ebola dans la lutte contre la propagation du corona virus. Ainsi, l'étude cherche à analyser l'utilisation de ces capacités et souplesses acquises (pendant la riposte contre Ebola) pour lutter contre la nouvelle pandémie à Covid19.

De façon plus détaillée, l'étude cherche à analyser la capacité des structures et du personnel de santé dans la prise en charge médicale des malades de Covid19 grâce au renforcement (en nouvel équipement, en nouvelle technologie, en nouvelle compétence du personnel) acquis pendant la riposte contre Ebola.

Aussi, analyser la capacité et les compétences acquises par le personnel de la Riposte contre Ebola dans la recherche, l'identification et l'isolement des cas probables infectés et de leurs contacts ; leur utilisation contre la covid19.

- Apprécier la capacité acquise par les habitants des zones touchées par Ebola dans la lutte contre la propagation du corona virus. Autrement dit, analyser les leçons apprises par la communauté lors de l'épidémie d'Ebola et comment ces leçons influencent-elles le comportement pendant la pandémie de Covid19
- Apprécier la capacité acquise par les autorités des zones touchées par Ebola dans la lutte contre la propagation du corona

virus. Apprécier la capacité acquise dans le système de communication et le rétablissement de la confiance auprès de la communauté pour que celle-ci s'implique. Analyser les erreurs que les autorités ont commises lors de la riposte contre Ebola et qui doivent être corrigées pour lutter contre Covid19

- Vérifier la souplesse qu'a la population dans l'application des mesures barrières utilisées contre Ebola qui sont utilisées contre Covid19,
- Etablir la différence ou la ressemblance entre l'épidémie d'Ebola et la pandémie à la Covid19.

2. Méthodologie du travail

2.1. Cadre de l'étude

Cette recherche s'est déroulée dans la région de Beni avec deux zones : Beni-Territoire et Beni-ville. Les deux zones sont caractérisées par l'apparition (et la propagation) de l'épidémie due à la maladie à virus Ebola (MVE) qui s'est déclarée en Août 2018, dans la commune de Mangina (zone de santé de Mabalako) et dont la fin a été proclamée en Juin 2020.

En plus de cette caractéristique liée à la santé, la région de Beni est depuis bien longtemps en proie des tueries orchestrées par des groupes armés locaux et étrangers. Pour Beni-ville et Beni-territoire, c'est depuis 2014 que les populations sont victimes des violences atroces et massacres attribués aux rebelles ADF-NALU qui se comportent en faiseurs des lois dans cette partie de la province.

C'est dans ce contexte d'insécurité et de violences des droits et libertés des personnes, jusqu'au non-respect des droits à la vie humaine, que les zones de Beni ont été vite placées sous une surveillance hautement stratégique dans la lutte contre l'épidémie d'Ebola : la riposte contre la MVE a été mise en place par l'organisation mondiale de santé (OMS), le gouvernement congolais et d'autres partenaires non gouvernementaux nationaux et internationaux.

Il est à rappeler que la MVE qui a sévit dans cette partie Est de la République est la dixième épidémie en Afrique et une des plus meurtrières avec celle de 2014 observée en Afrique de l'ouest. Concernant la létalité moyenne de la MVE au Nord Kivu, celle-ci est estimée à un taux variable qui va de 76% (au début de l'épidémie) à 66% (à la fin).

2.2. Population d'étude et échantillonnage

2.2.1. Population cible

La présente étude concerne toutes les couches de la population qui vivent dans les deux zones précitées et qui ont vécu les expériences liées à la MVE. Il s'agit, en effet :

- Des Autorités et agents de la santé : les médecins chefs des zones, les médecins, les infirmiers titulaires et adjoints, des auxiliaires de santé, des agents de la Riposte
- des tradi-praticiens (guérisseurs traditionnels) ;
- des responsables des structures et organisations communautaires (société civile, mouvements citoyens, clubs des jeunes, etc.) ;
- des chefs des églises et leaders d'opinion
- des membres des familles¹ touchées par la MVE : des vainqueurs (guéris) d'Ebola, les proches des malades ;
- des autorités civiles et administratives et
- des autorités de sécurité : police, armée ;
- des transporteurs, commerçant, hôteliers, restaurateurs, etc.

2.2.2. Echantillonnage

Certes, la population d'étude peut être connue et finie mais le chercheur peut être dans une impossibilité d'être en contact avec elle étant donné diverses difficultés d'ordre temporel, logistique, etc. A cet effet, l'étude a impliqué un échantillon qui est ce petit groupe d'individus représentatif de la population. La sélection des personnes qui ont fait partie de cet échantillon a suivi le processus d'échantillonnage non probabiliste ou par choix raisonné. En effet, la sélection des participants à la recherche a été définie selon les critères de la ressemblance à la population ciblée qui ont des liens avec les objectifs de l'étude, les critères de la faisabilité, de la disponibilité, de la volonté de répondre, etc.

¹ Tout en respectant l'éthique, les droits et libertés de ces personnes. Le consentement préalable est une condition pour participer à l'enquête. Ceci dans le but de ne pas faire renaître les mauvais souvenirs

Les nombres, par catégorie des personnes interviewées, se présentent comme suit :

- 6 autorités administratives locales (maire de la ville de Beni, trois bourgmestres, deux chefs des quartiers ;
- 2 fonctionnaires publics : un agent de la REGIDESO et le responsable des services de la protection civile à la Mairie de Beni ;
- 9 membres (responsables) des mouvements citoyens (LUCHA, Je Suis Beni, Véranda Mutsanga) ;
- 22 relais communautaires et membres des cellules d'animation communautaire (CAC) ;
- 21 femmes membres et responsables des associations féminines ;
- 8 infirmiers titulaires et 1 AGIS ;
- 3 personnes guéries d'Ebola ;
- 3 membres de l'association des taximen moto ;
- 3 journalistes (Radio Télévision Rwanzururu et radio communautaire de Mangina) ;
- 1 femme membre de l'association des prostituées ;
- 4 pasteurs ;
- 2 membres de la FEC ;
- 3 agents humanitaires ;
- 4 médecins dont les MCZ de Beni et Mabalako ;
- 5 anciens agents de l'équipe de riposte contre Ebola ;
- 2 responsables de la société civile (le président de la société civile de Beni et le président urbain de la jeunesse) ;
- 1 tradi-praticien ;
- 2 artisans-menuisiers ;
- 3 membres de l'association des éleveurs ;
- 3 agents des sociétés de gardiennage ;
- 6 exploitants des restaurants et bars,
- 2 policiers (le responsable de l'Aumônerie protestante de la Police et un agent de la police de circulation routière).

Il ressort de ce qui précède qu'au total, 116 personnes ont été interrogées individuellement par l'équipe dans le cadre de cette étude. A

ces entretiens ont peut ajouter 6 discussions de groupe qui ont été organisées et qui ont regroupé des jeunes, des femmes, des membres des CAC et de CODESA. 32 personnes ont participé aux focus groupe de Beni-ville et pour Beni-territoire, 26 personnes ont participé aux discussions en groupe à Mangina et à Mabalako.

2.2.3. Méthodes de recherche

Tout en étant à la fois analytique et descriptive, la présente étude s'est appuyée sur l'approche qualitative s'inscrivant dans la recherche action participative et interactive. La méthode qualitative a été de mise pour assoir la logique participative et interactive afin de pouvoir entrer en contact avec les différents membres de la communauté locale au vu des objectifs de l'étude qui concernent de près les expériences de riposte contre Ebola et contre la Covid19.

2.2.4. Techniques de collecte des données : Interviews individuelles et de groupe (Focus Group/groupe de discussion)

Si les populations de Beni-ville et de Beni-territoire sont la cible à la présente recherche, l'approche qualitative basée sur les interviews individuelles et de groupes a été de grande importance dans la mesure où celles-ci (les interviews) sont complémentaires en ciblant les informateurs-clés qui entretiennent des liens proches avec le phénomène étudié. Ainsi, certaines personnes ont été individuellement interviewées et d'autres ont participé aux discussions en groupe dans lesquelles le brainstorming était utilisé pour assurer la liberté d'expression de chacun et pour avoir une large part des informations.

3. Résultats

3.1. Leçons tirées de l'épidémie d'Ebola dans la zone de Beni

Ebola, cette maladie méconnue mais meurtrière dans la zone de Beni, a créé de l'angoisse au sein de la population qui a vite plongé dans l'absence de prise de conscience du danger que représentait la maladie. Cette angoisse et cette absence de prise de conscience ont engendré le refus individuel d'abord, puis le refus collectif de l'existence de la maladie à virus Ebola par la population locale. Cette situation a laissé la place à une cacophonie des discours relatifs à la MVE faisant de tous des « spécialistes » dont les discours, pour certains, alimentaient et renforçaient le refus (qui se soldait par les actes des violences) et pour d'autres, apaisaient des tensions. Au vu de ceci, il est clair que la riposte contre Ebola a, au-delà de son aspect positif en mettant fin à la maladie, commis des erreurs dont les conséquences ont été plus néfastes au sein de la population.

Cette section revient sur les erreurs commises par la Riposte contre Ebola aux yeux de la population locale des zones affectées par la maladie avant de faire un point sur les leçons positives apprises dans la riposte.

3.1.1. Erreurs commises par la Riposte contre Ebola dans la zone de Beni

Le déficit de communication, une bombe à effet destructeur

Le peuple périt par ignorance ! En matière de prévention et de lutte contre les maladies, lorsque les communautés ont une connaissance erronée de la maladie il y a possibilité que s'érigent des barrières sanitaires et socio-culturelles contre les maladies et les épidémies. Au fait, en présence des déficits informationnels sur la maladie, les populations locales ne reconnaissent pas les risques sanitaires et sociaux que représente la maladie.

Certes, les populations locales dans la zone de Beni avaient déjà entendu parler de la maladie à virus Ebola. Elles étaient informées de son existence et de ses symptômes majeurs –principalement les saignements- à travers les médias lors des épidémies de la province de l'Equateur et celle de l'Afrique de l'ouest en 2014. Cependant, au début de l'épidémie (en Mai 2018), les connaissances des communautés locales sur la MVE se sont avérées insuffisantes et erronées.

“Wakati Ebola inanja mangina, inafika hapa Beni, tulikuwa nawaza iko bongo. Batu balisema ya kwamba ni sorcellerie, wengine ati ni politique. Na wakati batu balikufa mingi ku CTE tuka waza biko na ua batu kule ku hospital. Ni malali gani mutu akienda ku hospital anapashwa kufa tu? (Quand la MVE a commencé à Mangina, ensuite est arrivé ici à Beni ; nous pensions que c'est faux. Les gens disaient que c'est la sorcellerie, d'autres disaient que c'est la politique. Lorsque beaucoup de gens sont morts, on a commencé à dire qu'on tue les gens à l'hôpital. C'est quelle maladie où tous ceux qui vont à l'hôpital doivent impérativement mourir ?). »

Une femme, membre de AMEDEP

Selon les informations recueillies auprès des personnes interrogées, une frange de la population locale avait des connaissances à peu près sur les modes de transmission de la MVE et sur ses symptômes. Pour certains, la MVE se transmettait d'une personne à l'autre par contact avec le sang et les liquides corporels de la personne infectée. Mais, la population ignorait que les manipulations du cadavre de la personne infectée, toucher ses effets personnels, manger les animaux sauvages étaient aussi des modes de transmission de la maladie.

Aussi, une minorité a été convaincue que la MVE se transmettait dans les centres de traitement d'Ebola (CTE) et dans les centres de santé (CS). Certaines informations issues de l'enquête font même état de la croyance populaire selon laquelle l'équipe de la Riposte constituait une source ou un mode de contamination du virus Ebola. Ceci a été alimenté par certaines personnes se référant au fait que parmi les contacts identifiés, il y a ceux qui étaient amenés aux CTE

sans avoir manifesté aucun signe mais étaient, non seulement, déclarés positifs, mais aussi morts, une fois arrivés au CTE et une fois qu'ils ont été en contact avec l'équipe de riposte. Ce qui a conduit des nombreux malades à se cacher et se retrancher de la vigilance des membres de l'équipe de riposte comme si on était un fugitif. Ceci démontre que le niveau de connaissances des populations locales sur les modes de transmission et de prévention en rapport avec la MVE était encore insuffisant ou erroné comme le soutiennent aussi les études de Harvard Humanitarian Initiative (HHI), de l'UNICEF et de l'OMS (SSHAP, 2019).

En ce qui concerne la reconnaissance des symptômes, pour la plupart des habitants de la zone de Beni, le signe distinctif de la MVE était principalement (si pas uniquement) le *saignement*. C'est ainsi que lorsque les personnes déclarées positives à la MVE n'avaient pas développé ce symptôme étaient considérées, par la population locale, comme n'étant pas affectées par le virus d'Ebola. Or, selon les données du terrain, la MVE qui a sévi dans la zone de Beni n'a pas vraiment occasionné le saignement chez les personnes infectées. Par ce fait, la population n'a pas cru à l'existence de la MVE et a laissé les rumeurs prendre l'ascendance sur la vraie connaissance. Bien plus, comme l'a affirmé le médecin chef de zone de Beni, le personnel soignant était en grève lorsque le virus Ebola commençait à tuer à Mangina, ce qui n'a pas permis la collecte et la diffusion des informations sur les MAPEPI (Maladies à Potentiel Epidémiques).

Cette connaissance erronée s'est soldée par une résistance de la population contre la reconnaissance de l'existence de la MVE et partant, contre les interventions de riposte.

Rumeurs et discours politiques : de l'huile au feu

Dans cette situation caractérisée par les connaissances insuffisantes et erronées sur les modes de transmission et de prévention et sur les

signes de la MVE, des rumeurs des charlatans et des discours irresponsables des politiciens ont jeté de l'huile au feu. En effet, au début de l'épidémie, quand celle-ci était encore localisée à Mangina et ses environs, les rumeurs ont circulé selon lesquels la MVE était une imagination (une création) des politiques dans le but de punir la population du grand Nord qui s'est distinguée par sa prise de position contre le pouvoir politique de Kinshasa.

Selon les membres des CODESA, les médecins, les relais communautaires et les jeunes, certains politiciens et autres personnes mal informées se sont comportés en « spécialistes épidémiologistes » en niant catégoriquement l'existence de la MVE –s'appuyant sur l'absence des saignements chez les personnes infectées- et ont vite profité de ce déficit informationnel pour se positionner en soutenant que la MVE est une continuité des massacres (sous une forme biologique) perpétrés contre les populations de Beni. Pour eux, les tireurs de ficelles dans les tueries de Beni, attribuées aux ADF-NALU, ont changé des modes opératoires en créant le virus pour exterminer toute la population Nande, chose que

Ebola dans nos milieux était une maladie inconnue par la population. La population avait une autre conception de la maladie surtout quand il s'agit des symptômes. Pour la plupart, Ebola doit causer nécessairement les saignements tels que les informations circulaient concernant la région de l'Equateur. Mais, ici à Beni les personnes malades ne saignaient pas. Alors, la population a cru aux discours des politiciens faisant allusion aux complots contre la population locale. Il ne faut pas oublier que le contexte d'insécurité et des tueries a favorisé ces genres des rumeurs et comme la communication n'a pas été bonne au début, la population a cédé et s'est comportée d'une façon hostile envers les membres de la riposte et même contre nous les médecins locaux, nous étions des cibles des violences de la part de certains jeunes. Ils disaient pourquoi nous aidons les étrangers à propager le virus Ebola chez nous. Il a fallu une forte sensibilisation pour que la population comprenne de quoi il s'agissait...

(Médecin responsable du CTO, et du CTCo à Beni)

les ADF n'ont pas réussi. Ce qui a renforcé une résistance violente contre les équipes de riposte.

Dans la foulée, *les enjeux électoraux* ont joué un rôle dans l'alimentation des sentiments de résistance des populations locales contre la riposte. A ce sujet, comme un coup de massue sur la tête de la population, la décision d'annuler les élections présidentielles de 2018 dans la partie nord (dans les zones de Beni et de Butembo) à la suite de la MVE, a semblé confirmer les rumeurs et discours des politiques et la population a été convaincue que le virus Ebola, dans cette partie du pays, n'est qu'une stratégie politicienne du pouvoir de Kinshasa d'exclure la population des élections en représailles contre son soutien à l'opposition politique.

Pour les personnes interviewées, la question que se posait la population de Beni est celle-ci : « par quel moyen ou mécanisme la zone de Beni, qui n'a pas de frontière commune avec la province de l'Equateur –qui a toujours connu l'épidémie à plusieurs reprises- peut être contaminée par le virus Ebola ? Ce virus a-t-il sauté la province Orientale pour chuter à Mangina ? ». A ce questionnement, force est de constater que tant pour les analphabètes que pour les personnes éduquées, le complot était la réponse qui dominait au sein de cette population meurtrie par les massacres dont elle est victime depuis bien longtemps.

Intensité logistique et financière de la riposte : du jamais vu par la population locale

L'un des facteurs considérés comme étant à la base du renforcement de sentiment de résistance de la population contre l'existence de la MVE et contre la riposte, c'est l'intensité logistique qui couvrait les interventions de riposte. Selon les personnes interrogées, la population de Beni et ses environs n'avait jamais connu des cas de sinistres qui ont exigé que les interventions humanitaires soient de grande envergure comme c'était le cas pour la riposte contre la MVE.

En effet, du point de vue logistique, la population n'a pas compris comment (et pourquoi) pour une personne (un cas suspect d'Ebola) les équipes de riposte puissent mobiliser autant des ressources : un cortège des véhicules 4x4, une grande équipe des agents de riposte, etc. débarquent pour récupérer la personne suspectée d'être contaminée par le virus. En plus, les membres de la famille et les voisins vont vite observer des pratiques étranges comme la désinfection de toute la maison où habite le « suspect », la mise à feu de tous ses effets personnels, l'interrogatoire qu'il subit pour identifier ses contacts et la recherche de ceux-ci, l'habillement des agents avec un équipement de protection individuelle (EPI) méconnu par la communauté locale.

Ces éléments ont contribué à ce que la communauté locale puisse développer (ou renforcer) le doute sur l'existence réelle de la maladie. Selon les propos d'un relais communautaire de Mangina, depuis que la zone de Beni est en proie des massacres attribués aux ADF-NALU, le gouvernement et la MONUSCO ne s'étaient jamais mobilisés de la sorte pour lutter contre les ADF qui tuent autant que la MVE.

A cette forte mobilisation logistique, il y a le niveau élevé de la sécurité autour des agents de la riposte qui a suscité aussi des interprétations erronées de l'épidémie. Comme l'on vient de le dire ci-haut, les militaires de la MONUSCO et les FARDC (et la police congolaise) ont assuré la sécurité des agents de la riposte. Pour les agents de la riposte et les responsables des ONG humanitaires, les zones d'intervention sont insécurisées et qu'il y avait nécessité d'escorter les équipes de riposte par les forces de la MONUSCO et des FARDC.

Mais, aux yeux de la population, cette façon de faire n'était pas conforme aux pratiques habituelles en matière d'administration des soins de santé. Depuis quand un médecin (un infirmier) soigne le

malade avec des militaires armés tout autour ?¹ Dans cet environnement des troubles armés, la population a été envahie par la peur et a considéré qu'être atteint (ou être un contact) par le virus Ebola est devenu synonyme d'infraction. D'où la résistance violente pour les uns et la fuite pour d'autres.

L'intensité étonnante et troublante de la riposte contre la MVE se caractérise aussi par le niveau des fonds affectés dans les interventions de riposte. Pour les communautés locales, les agents de la riposte, de l'huissier au haut cadre, avaient une rémunération extrêmement élevée jusqu'à ce que les gens aient commencé à douter de la véracité des informations relatives à l'existence et à la lutte contre EBOLA. Toute l'activité économique et financière qui s'est développée autour des interventions de la riposte a donc conduit à la qualification de la MVE et de la riposte en « Business ». C'est ainsi que le terme « *Ebola business* » (« *Ebola ni coop* » en Swahili) va justifier l'existence de la MVE, de la riposte et du comportement opulent (extravagant) des agents de la riposte. Cette conception est confirmée aussi par l'étude de Nene Morisho et al (2020) qui soutient que les magouilles et petits arrangements financiers ont persuadé la population qu'Ebola est créé pour se procurer de l'argent.

Cette « mafia » a été caractérisée par la mise en location des véhicules à des prix hors normes, à la distribution de l'argent aux responsables de la police et aux officiers des FARDC pour que ceux-ci mettent des soldats et policiers armés à la disposition des équipes de riposte pour leur sécurisation, le recrutement des membres de famille et amis²

¹ Ce questionnement est revenu plusieurs fois dans les discussions de groupe. Pour la population, depuis toujours les médecins et infirmiers ne soignent pas avec des escortes militaires. La présence de ces derniers a été mal interprétée par les habitants

² Selon la vice-présidente du conseil d'administration d'une ONG locale des jeunes, les agents de la Riposte ont même abusé sexuellement des filles en conditionnant l'obtention du job par le sexe.

dans la riposte, le fait de devenir fournisseur des biens et services à la riposte.

Selon les données recueillies sur terrain, la population a interprété cette situation en disant que la MVE a été créée dans la zone de Beni pour enrichir tout ce monde qui intervient dans la riposte et, comme la plupart des agents étaient étrangers au milieu, c'est une affaire des étrangers pour gagner de l'argent en tuant les populations de Beni.

Les conséquences à cette interprétation ont été la résistance, par la violence, pour exiger que les communautés locales soient aussi bénéficiaires de cette manne financière. A ce sujet, un membre du mouvement citoyen, LUCHA, a avoué que lorsqu'un leader affichait sa résistance contre toutes ces actions liées à la riposte, il était vite intégré dans les équipes de riposte pour calmer les tensions. Ainsi, tout le monde a voulu utiliser la résistance comme moyen pour obtenir « le job ».

Une riposte non intégrative des valeurs culturelles locales

Quand le gouvernement, à travers son ministre de santé de l'époque, déclare officiellement que la cause des morts en cascade enregistrées à Mangina était la MVE, l'OMS et le ministère de la santé ont pris la gestion de la riposte en main. Connaissant bien le caractère dangereux de l'épidémie, les deux institutions devraient donc agir rapidement pour lutter contre la maladie et sa propagation. Or, en matière de lutte contre les épidémies l'approche d'engagement communautaire est plus nécessaire pour assurer l'efficacité de la riposte. Cependant, au début de l'épidémie d'Ebola, l'OMS et le ministère de la santé étaient devant un choix difficile à opérer : entre riposter de façon urgente et de manière à étouffer la propagation de la maladie mais en n'intégrant pas les communautés du terroir et faire participer les communautés locales dans la riposte.

Les faits montrent que le choix a été porté sur agir rapidement sans la communauté locale. Un choix qui s'est justifié par les raisons telles que la population locale n'avait pas de bagage des compétences pour

lutter contre la MVE. C'est ainsi que le personnel engagé dans la riposte rapide était composé des personnes étrangères (non congolaises et congolaises mais non-locales) par rapport à la zone d'intervention (Beni). Ces personnes étrangères ignoraient les pratiques traditionnelles et culturelles du milieu, ne parlaient pas les langues locales (swahili et kinande). Les personnes qui ont participé aux groupes de discussion de Beni-ville et de Mangina évoquent le fait que le personnel de la riposte parlait le français ouest africain (difficile à comprendre) et le lingala qui est une langue attribuée aux militaires qui opèrent dans la zone. Ce qui a créé des barrières psychologiques au sein de la communauté. Lorsque le médecin ou tout autre agent de riposte est incapable de communiquer avec le malade, cela crée des frustrations au sein de la population en général, et de patients en particulier.

En ce qui concerne les pratiques traditionnelles locales, la riposte a fait recours à *l'enterrement digne et sécurisé (EDS)* qui a été mal compris par la population locale. L'étude menée par Alert International (2019) a constaté que les populations des zones de santé de Beni, de Mabalako, de Musienene, de Katwa se sont opposées aux pratiques et normes de l'EDS que les équipes de riposte ont utilisées qui, pourtant, étaient en conformité avec la déontologie et les principes de gestion des épidémies.

Selon les participants à la présente recherche, le non-respect des rites funéraires traditionnels a amplifié la résistance de la population contre les actions de la riposte. En effet, pour les personnes interviewées, la population locale (nande pour la plupart) observe certaines pratiques lorsqu'il y a mort d'un proche : le cadavre est enterré dans un cercueil en bois, les femmes sont assises à côté du cadavre, certaines femmes pleurent en touchant le cadavre, l'oncle du défunt doit procéder à la distribution des effets personnels (habits et chaussures par exemple) en étant le premier à en récupérer certains, il doit balayer la maison pour mettre fin au deuil, pour un adieu les amis et proches doivent regarder le cadavre avant la mise en terre, etc. On

constate donc que ces pratiques peuvent faciliter la contagion de la MVE.

Face à ces pratiques, l'EDS a procédé autrement et, pour la population, en violation de certains rites traditionnels. Au fait, les agents commis à l'EDS étaient habillés en mode de protection individuelle avec des tenues qui cachaient tout le corps, ils utilisaient les sacs mortuaires en lieu et place des cercueils, ils brûlaient tous les effets personnels du défunt, etc. Tout ceci a engendré des frustrations de la population qui ne pouvait que renforcer la résistance contre la riposte.

Le comportement extravagant des agents de la riposte, principalement les « kinois », n'a pas été respectueux des valeurs culturelles du milieu. A en croire les informations données au cours des discussions en groupe, avec l'argent fou que ces agents gagnaient ils approchaient les pauvres villageois en tenue constituée des habits qui coûtent cher, ils aimaient faire la fête tous les jours et consommaient sans calcul, ils ont utilisé leur argent pour prendre les femmes d'autrui jusqu'à être à l'origine de la dislocation des plusieurs foyers dont les femmes mariées sont devenues leurs femmes, etc.

De ce qui précède, il y a lieu de dire que les connaissances à la fois erronées et insuffisantes de la maladie, les discours politiques, la méfiance de la population envers les autorités, la mafia financière autour de la riposte, le non-respect des pratiques et valeurs culturelles, la non-implication des populations locales dans les équipes de la riposte, l'intensité logistique de la riposte, l'usage des langues non locales, les abus sexuels, etc. sont autant des facteurs qui ont créé des barrières psychologiques et sociologiques à la riposte contre la maladie à virus EBOLA et donc, ont eu comme conséquence la persistance et la propagation de la maladie avec des lourds bilans en perte de vies humaines.

3.1.2. Leçons positives apprises dans la riposte contre Ebola

L'application des pratiques d'hygiène par la population toute entière

Si les pages précédentes font état d'un inventaire des erreurs commises par la riposte contre Ebola, celle-ci n'a pas été sans leçons positives. Parmi les aspects positifs de la riposte, figure la prise de conscience par la population des pratiques d'hygiène comme mesures de lutter contre non seulement Ebola mais aussi toute autre maladie contagieuse.

Se laver les mains est devenu normal et fréquent au sein de la population locale. Avec les interviews réalisées, l'on a constaté que la population de la zone de Beni a intégré cette pratique dans ses habitudes. On se lave presque à tout moment : avant de manger quoi que ce soit, à la sortie des toilettes, à l'arrivée dans les bureaux ou chez les voisins, du retour de travail. Pendant l'enquête, l'observation faite est que dans toutes les parcelles il y a des lave-mains qui sont vraiment utilisés par la population. Tout ceci concourt à lutter contre les maladies des mains sales.

Le dévouement au travail des équipes de riposte

Certes, les révélations faites par les informateurs-clé ont prouvé que les populations locales ont résisté contre la riposte. Mais, il est impérieux de dire ici que les mêmes révélations sont revenues sur le fait que malgré la résistance, les équipes de Riposte n'ont pas baissé les bras. Celles-ci ont continué à travers tout en subissant des jets des pierres ou même des attaques armées. Ici, les avis des personnes interrogées étaient partagés.

Pour les uns, cette insistance des équipes de la riposte était considérée comme dévouement au travail, une volonté de pouvoir aider la population en éradiquant la MVE. Pour d'autres, ceci renforçait la résistance parce que la population interprétait mal ce sentiment de vouloir continuer malgré qu'elle créait des embuches aux équipes de riposte. Ce forçage était synonyme de vouloir à tout prix accomplir le complot décrié tout au début. Mais plus le temps passait, la population a fini par comprendre que les équipes de riposte ont aussi risqué leur vie pour aider à lutter contre la MVE dans la zone de Beni.

La mise en évidence de l'importance de se rendre dans les structures sanitaires avant le temps

La majorité des participants aux interviews individuelles et aux groupes de discussion a soutenu qu'une fois le temps de résistance soit passé, les personnes (malades ou contacts des malades) qui se rendaient dans les structures de santé avant le temps, avaient plus de chance de s'en sortir. Au fil du temps, deux faits observés ont amené la population à comprendre la nécessité de se rendre à temps dans les structures des soins. Il s'agit de la flambée du nombre des morts chez les personnes qui ne se sont pas présentées à temps dans les centres de santé et la hausse du nombre des cas des guéris parmi les gens qui se sont précipités dans les structures sanitaires. Selon ces participants, la population a compris que pour toute maladie (malaria, typhoïde, choléra, etc.) il faut aller vite dans les centres de santé et dans les hôpitaux afin d'augmenter la probabilité de recouvrer la bonne santé à temps. Dans un focus group organisé à Mabalako, les participants, femmes et hommes, ont majoritairement confirmé ce fait. Selon eux, même pour le paludisme, le fait d'aller à temps à l'hôpital réduit désormais le temps de souffrance, les malades guérissent vite.

La conséquence de cette situation est, comme l'a affirmé un leader communautaire de Mangina, la baisse de l'automédication et de la croyance aux féticheurs (tradi-praticiens) pour soigner les maladies dont l'efficacité de traitement reste du côté de la médecine moderne. A ce sujet, un habitant du quartier « Bel air » à Beni-ville a confié aussi que les tradi-praticiens ont été à la base de la mort de beaucoup des personnes en voulant traiter Ebola par des rites traditionnels et des feuilles des plantes alors qu'ils ne connaissaient pas le virus Ebola.

La prise de conscience, par la population, de la primauté du rôle de la prévention sur le traitement dans la lutte contre les maladies

Dans les lignes qui précèdent, il a été démontré qu'au début de l'épidémie d'Ebola, la population ne se rendait pas compte de

l'importance que représente la prévention contre une maladie. Les populations se livraient à des pratiques qui leur exposaient au risque de contamination. Pour les participants à l'étude, la population locale a compris que les pratiques d'hygiène, le fait de ne pas toucher les cadavres dont les causes de la mort ne sont pas connues, le fait de manipuler les effets personnels du défunt, le fait de dormir dans les moustiquaires imprégnées d'insecticide, etc. sont autant des facteurs très importants pour prévenir contre les maladies et valent beaucoup plus que se faire soigner.

Dans le chapitre de la prévention, la population de Beni a compris que la vaccination a joué un grand rôle dans la lutte contre la propagation d'Ebola. Selon le responsable de la protection civile de la ville de Beni, l'engouement avec lequel les gens se sont fait vacciner témoigne de cette prise de conscience. Vaut mieux prévenir que guérir !

La valorisation de l'approche d'engagement communautaire dans la lutte contre les épidémies

Si, au déclenchement de la MVE, la riposte avait péché par l'absence de l'implication des communautés locales dans les interventions ; dans la suite, les activités de riposte ont intégré l'approche d'engagement communautaire en impliquant les populations locales dans les équipes de riposte. Selon les personnes interrogées à Beni-ville, cette approche est venue faire renaître des cendres le rôle des relais communautaires et des cellules d'animation communautaire.

En effet, aujourd'hui, la population se rend compte du rôle que jouent les relais communautaires dans la sensibilisation, la détection et l'information concernant la prévention et la lutte contre les maladies contagieuses. D'ailleurs, chaque membre de la CAC est prêt à aider la communauté dans ce sens même si le travail des membres de la CAC n'est pas rémunéré. Avec la riposte contre Ebola, la population sait désormais que pour bien lutter contre les épidémies, toutes les couches de la communauté doivent s'engager à intervenir dans différents domaines : la sensibilisation, l'identification des cas,

le traçage des contacts, l'orientation des cas vers les centres de santé, l'observation des mesures de protection, etc.

Au vu des entretiens effectués, l'étude a constaté que miser sur l'engagement de toute la communauté augmente les chances d'éradiquer une épidémie. La lutte contre l'épidémie est une affaire de toute la communauté pas seulement du personnel soignant.

Comblant le déficit des connaissances sur les signes, les modes de prévention et de traitement de la MVE

La riposte contre la MVE a aussi contribué à combler certaines zones d'ombre dans les niveaux des connaissances qu'avait la population sur, non seulement les signes, mais aussi sur les modes de prévention et de contamination. Au vu des informations données par les participants aux FG, la population locale connaît déjà que le saignement n'est pas le seul principal symptôme de la MVE, celle-ci peut se manifester par différents signes et l'essentiel est que le résultat du test de laboratoire doit confirmer la présence du virus.

En plus, c'est au cours de la riposte que la population a été bien informée sur les modes de prévention et sur les modes de contamination. Ceci a permis de réduire le niveau de la peur et d'angoisse au sein de la population et a épargné celle-ci d'être prise au piège des rumeurs et discours politiques en ce qui concerne les maladies contagieuses.

Avec la riposte, la population a, certes, pris conscience du niveau de létalité de la MVE mais elle a aussi compris qu'il existe des chances de guérison si tout le monde s'engage dans les actions capables de permettre cette guérison. L'angoisse, les frustrations, la peur, la résistance doivent être dominées par le courage et l'engagement de toute la communauté.

3.1.3. Utilisation des leçons et expériences positives héritées de la riposte Ebola pour lutter contre Covid19

La sous-section précédente était consacrée à l'analyse des leçons positives apprises par la population de Beni à travers les actions et expériences de la riposte contre Ebola. Ces expériences positives sont

les fruits à la fois des changements des stratégies d'intervention de la part des acteurs chargés de la riposte ; et, du côté de la population, de l'adhésion de celle-ci à cette nouvelle approche stratégique.

Cette sous-section veut, quant à elle, faire un point sur la manière dont ces expériences positives acquises sont utilisées favorablement par l'ensemble des acteurs (la population, les structures et personnels de santé, les autorités, les leaders communautaires, etc.) dans la riposte contre la Covid19.

A partir des informations recueillies auprès des participants à l'étude, il ressort que les autorités travaillent désormais avec les organisations de la société civile pour sensibiliser la population sur le respect des règles et pratiques de lutte contre la propagation de la Covid19. Si au début de la riposte contre Ebola, l'autorité centrale s'était réservé le monopole de l'information et de la sensibilisation sur terrain ignorant, par ce fait, le rôle que devraient jouer les leaders locaux et les structures communautaires locales ; aujourd'hui, les autorités locales interviennent dans la sensibilisation de proximité avec la population. On observe donc une forte décentralisation du travail de communication et de la sensibilisation.

L'observation sur terrain est telle que les chefs des quartiers (pour la ville de Beni), les chefs des blocs (dans les agglomérations et villages du territoire de Beni), les bourgmestres et même les services de la mairie (comme le service de la protection civile) sont tous mobilisés pour sensibiliser les habitants dans la riposte contre la propagation de la Covid19.

Selon un membre influent du mouvement citoyen « Veranda Mut-sanga-Beni » et le président de la jeunesse de la commune de Mulekera, les leaders d'opinion travaillent conjointement avec les autorités pour informer et sensibiliser la population afin d'appliquer continuellement les mesures barrières -jadis utilisées contre Ebola- qui mettront fin à la pandémie à Covid19.

De ce constat, il y a lieu de dire que les personnes interviewées estiment que la riposte contre Covid19 est beaucoup plus décentralisée que la riposte contre Ebola. Pour la population, les autorités de Kinshasa ont compris qu'il ne faut plus commettre l'erreur de faire la sensibilisation ou d'imposer les mesures barrières sans passer par les autorités locales auxquelles la population est habituée. A leur tour, les autorités locales sont conscientes que, dans cette lutte contre Covid19, les organisations et leaders communautaires locaux doivent participer à la sensibilisation de proximité pour lutter contre l'actuelle pandémie.

Depuis Ebola, nous (la population et nous les membres des associations des jeunes, des femmes et d'autres) savons maintenant que se laver les mains aide à lutter contre plusieurs maladies. Premièrement, ça nous a permis de lutter contre Ebola mais aujourd'hui les informations que nous suivons sur internet et sur les radios ou TV disent que se laver les mains permet de casser aussi la chaîne de transmission du corona. C'est une bonne chose parce que la population de Beni se lave les mains à chaque moment et même les maladies des mains sales vont aussi diminuer. Le grand problème c'est que sur les points d'entrée comme à Mukulya, il n'y a plus des agents pour exiger les voyageurs de se laver les mains.

(Jeune membre de OGOL)

En plus de cette approche d'intervention adoptée par les autorités, les acquis sur les bonnes pratiques d'hygiène sont mis en œuvre pour lutter contre la propagation du corona virus. En effet, dans un focus group organisé à Mabolio¹, une jeune fille a confié que la population de Beni a majoritairement intégré le lavage des mains dans ses habitudes. Contre la covid19, la population continue à se laver les mains à chaque occasion. Ces propos sont relayés par le bourgmestre de la commune de Mangina et du MCZ de Mabalako. Pour ce dernier, au début de l'épidémie d'Ebola, se laver les mains était considéré par la population comme une « punition », mais actuellement c'est devenu normal et la population ne fournit aucun effort pour mettre en

¹ Mabolio est l'un des quartiers de la ville de Beni (axe Beni-Butembo)

pratique cette mesure. Cependant, cette rose n'est pas sans épine : le constat fait pendant l'enquête est que la population est souple dans les pratiques d'hygiène comme se laver les mains, ne pas se saluer avec les paumes des mains ou se donner des accolades, mais elle n'est pas aussi souple dans le port des masques.

Face à cette difficulté, les autorités continuent à travailler conjointement avec les leaders communautaires pour sensibiliser la population afin qu'elle puisse volontairement, et d'une façon permanente, porter les cache-nez lorsqu'on doit sortir de chez soi. Selon le président de l'UNATMVE¹-Beni, les autorités lui ont confié la mission de sensibiliser les taximen de moto sur le port des masques. Pour lui, les autorités sont convaincues que si les taximen portent les cache-nez, ils peuvent influencer leurs clients à faire de même.

Dans ce chapitre de l'usage des acquis de riposte contre Ebola, la population de la zone de Beni a avoué que depuis la riposte contre la MVE, les structures médicales et les agents de santé ont changé leur façon de travailler. Selon le MCZ de Beni, le niveau de surveillance sur les maladies à potentiel épidémique (MAPEPI) a augmenté. Depuis les centres de santé, les données sur les MAPEPI sont récoltées et transmises, dans un délai court, pour éviter de revivre la mauvaise expérience d'Ebola. Selon lui, si l'information relative aux morts enregistrées à Mangina avait été transmise à temps, la riposte allait commencer avant que cela ne soit trop tard. Actuellement, les données statistiques concernant les infections pneumoniques sont transmises à temps. Si jamais, un cas de covid19 se déclarait, avec ses informations les agents de santé peuvent détecter les contacts avec rapidité et efficacité.

Dans la même logique, le plan de riposte contre Covid19 élaboré par la Division Provinciale de la Santé (DPS, mars 2020) insiste sur l'aspect de prévention et de contrôle des infections (PCI) en prévoyant une riposte rapide et efficace à un cas suspect ou un cas confirmé

¹ Union Nationale des Transporteurs de Moto et de Véhicules

éventuel de Covid19 par investigation épidémiologique approfondie, une évacuation, un isolement et un diagnostic biologique, une prise en charge psycho-sociale et médicale optimale et le suivi des contacts pré-listés. Notons que la réussite de cette stratégie dépend essentiellement des capacités acquises par les acteurs locaux lors de la riposte contre Ebola. La décentralisation de la riposte contre la Covid19 permet donc, non seulement aux autorités administratives locales, mais aussi aux agents locaux et structures de santé de pouvoir conduire à bien la riposte contre covid19. Cette décentralisation de la riposte contre Covid19 se traduit aussi par le fait qu'il y a mise en place des équipes d'intervention rapide (EIR) et d'une centrale de gestion des alertes 24h/24, 7 jours /7 dans chaque zone de santé.

En outre, les relais communautaires (membres de la CAC) interrogés à Ndindi¹, affirment que les infirmiers soignent les malades avec enthousiasme et dévouement depuis la riposte contre Ebola. Selon les participants aux discussions de groupe organisées dans le même quartier, les services des triages que l'on a introduits dans les centres de santé et hôpitaux ont fait que les agents de santé soient capables de distinguer les patients selon les maladies infectieuses probables. Certaines personnes sont transférées à l'Hôpital Général, principalement au CTCo, lorsqu'au niveau de triage on soupçonne la présence de Covid19 chez la personne dont la température corporelle est élevée, la personne tousse, etc. Certes, quelques personnes sont hésitantes quand on leur demande d'aller au CTCo, mais au moins l'initiative de les y transférer est prise. Ceci est un signe que l'expérience contre la MVE est utilisée par les agents de santé pour essayer de surveiller et de lutter contre la Covid19.

Bien plus, nous avons constaté que les personnels soignant continuent à utiliser les kits de protection individuelle pendant leur prestation. L'usage des thermo flash, des masques, des gants et habits de protection reste un signe qui démontre que les infirmiers et

¹ Nom d'un quartier de Beni situé sur l'axe Beni-Mangina

médecins utilisent les matériels acquis pendant le risque contre Ebola pour lutter contre la pandémie de Covid 19.

Selon un fonctionnaire de l'OMS qui est affecté dans la riposte contre

Je peux dire que les habitants de Beni en général et surtout de ceux de Mangina, ont déjà compris le danger que court la population lorsqu'il y a une épidémie contagieuse, qui cause beaucoup de morts comme Ebola et maintenant comme Covid19 en Europe. La population est engagée à ne plus connaître les cas de tristesse comme lors de la MVE. Nous qui sommes avec les paysans, nous comprenons que la communauté locale est prête à participer aux actions contre Covid19, Ebola, typhoïde.

(Coordonnateur de FAEVU-Mangina)

Covid19, à Butembo et à Beni, on continue à miser sur l'engagement de toute la communauté pour lutter contre la pandémie. Au fait, le travail de sensibilisation est permanent pour permettre à ce que toute la communauté locale s'engage et s'approprie la lutte contre la propagation de la covid19. Pour ce faire, la riposte contre Covid19 accorde une importance au rôle que doivent jouer

toutes les couches sociales – au travers les leaders d'opinion – afin que chaque membre de la communauté s'engage dans les actions de riposte. A ce sujet, contrairement aux pratiques au début de la riposte contre Ebola, l'observation sur terrain permet de dire que dans la riposte contre la Covid 19, les associations des femmes, des jeunes, des mouvements citoyens, des membres des cellules d'animation communautaires, des journalistes sont à l'œuvre pour convaincre la population locale à s'engager effectivement dans la lutte contre la propagation de corona virus, même si, pour certaines personnes, la covid19 n'est pas encore enregistrée au sein de la population à part les cas signalés parmi les voyageurs venus de l'étranger.

3.2. Appréciation de la capacité et compétences acquises par les structures et le personnel de Santé

Il est à rappeler que l'un des objectifs assignés à cette étude est l'appréciation de la capacité et des compétences acquises par les

structures et les personnels sanitaires. Pour l'atteindre, la présente recherche a procédé par une enquête qualitative auprès des agents de santé (médecins, infirmiers, auxiliaires de santé), des leaders communautaires, etc. afin que ceux-ci donnent leurs avis sur ce que les hôpitaux et centres de santé ont acquis à la suite de la riposte contre la MVE.

Les participants aux discussions de groupe et les personnes interviewées ont, tous à l'unanimité, affirmé que la riposte contre Ebola a laissé une empreinte en ce qui concerne les compétences des personnels soignants et au niveau des infrastructures sanitaires. Plusieurs faits témoignent de ces acquis positifs.

3.2.1. Capacité des structures de santé et du personnel dans la prise en charge médicale des malades après Ebola

Capacitation des agents de santé par le transfert des compétences

Les médecins et les infirmiers interrogés ont confié que, comme conséquences positives de la riposte contre la MVE, ils ont acquis des compétences supplémentaires en matières épidémiologiques. C'est au travers plusieurs formations organisées par différents partenaires que les agents sanitaires avaient été capacités. Ces capacités sont relatives à la détection de la maladie, la prise en charge médicale, le traçage des contacts, la prévention contre la contamination et l'hygiène.

Comme il a été annoncé dans précédemment, au début de l'épidémie d'Ebola, les équipes de riposte étaient essentiellement composées des personnes étrangères du milieu, les infirmiers locaux étant considérés comme n'ayant pas des compétences de prendre en charge les malades infectés par le virus Ebola. Mais, dans la suite des événements, selon le médecin chef de zone (MCZ) de Beni, les médecins et infirmiers ont bénéficié des transferts des compétences en rapport avec la prise en charge médicale contre la MVE et contre les autres maladies à potentiel épidémique (MAPEPI). Cette position est partagée par la plupart des personnes qui ont participé aux focus group et aux entretiens individuels. Les leaders communautaires, les

infirmiers, les patients, les membres de la société civile sont tous d'accord que les agents de santé ont changé leur façon de traiter les malades et sont maintenant capables de traiter les personnes atteintes par le virus Ebola.

Pour la population de Beni, si jamais Ebola réapparaissait¹, les agents de santé locaux sont désormais capables de faire face à la maladie en soignant les personnes infectées et que, si l'appui financier et logistique est fait par les partenaires, on peut ne pas faire recours au personnel étranger.

Capacitation des agents de santé dans l'usage des équipements de protection individuelle (EPI)

On peut faire remarquer qu'avant le déclenchement de la MVE dans la zone de Beni, la plupart des agents de santé posaient des actes sans avoir à l'esprit qu'il faut se protéger et protéger les patients de toute autre contamination. L'un des acquis de la riposte contre Ebola, c'est qu'aujourd'hui les médecins et infirmiers se protègent avec les équipements de protection individuelle. Dès la consultation des patients, les agents sanitaires enfilent des gants, des masques et sont toujours en tenue qui les protègent. Selon les infirmiers titulaires des CS « Tuungane » et « Mukulya », le médecin responsable du CTE (et du CTCO, actuellement), si beaucoup des médecins et infirmiers étaient atteints par le virus Ebola c'est, en grande partie, à cause de cette mauvaise habitude de poser des actes sans se protéger.

Certaines personnes étaient aussi infectées dans les centres de santé à travers, par exemple, l'usage d'un même thermomètre pour prélever la température corporelle des patients admis dans les structures

¹ Ceci n'est pas le souhait de la population parce que personne ne veut revivre ce drame qui a tué et décimé des familles entières. Mais les informateurs-clé se sont appuyés sur le fait qu'il est rapporté, selon l'équipe de riposte, que les guéris (vainqueurs d'Ebola) sont porteurs du virus dans les spermés ou liquide vaginal pour une durée qui peut aller jusqu'à une année.

de santé ou à travers l'usage des seringues mal stérilisés¹. Aujourd'hui, l'usage du thermo flash permet à ce que l'on puisse prélever la température chez les malades sans les exposer à la contamination d'autres maladies.

Actuellement, les mesures de protection individuelle sont strictement appliquées et permettent de ce fait, à protéger tant les agents de la contamination à partir des malades, que les malades de la contamination à partir des agents.

Cependant, même si l'usage des EPI est un acquis positif de l'expérience de la riposte contre Ebola, il se pose actuellement le problème de l'approvisionnement permanent en stocks. Les participants à l'enquête ont émis une crainte par rapport à la durabilité de cet acquis. Selon eux, les stocks des kits d'EPI que les agents de santé utilisent dans les structures de santé sont le fruit du partenariat avec les ONG et les agences des nations-unies (OMS et UNICEF). Les structures de santé ont été dotées en EPI, à titre gratuit, pendant que la MVE était encore là.

Depuis que la riposte contre Ebola a pris fin, aucune autre dotation n'a été faite. A cet effet, le recoupement des informations issues des focus group et des interviews fait ressortir que les patients ne subissent pas les coûts de ces EPI. La crainte exprimée est que lorsque le stock va s'épuiser il y aura risque que les agents reviennent sur leurs anciennes habitudes –poser des actes sans protection (qui est le pire des cas)- ou, dans l'espoir qu'ils vont continuer avec les bonnes habitudes –se protéger-, d'imputer les coûts de ces EPI sur les factures que les patients doivent payer. Dans le dernier cas, la population aura du mal à s'en sortir parce qu'elle est déjà habituée à cette gratuité.

¹ Les infirmiers interrogés ont avoués que dans certains centres de santé la stérilisation des matériels de soin (y compris les seringues) était faite selon le mode ancien : dans l'eau bouillante. Une seringue pouvait être utilisée chez plusieurs patients. Mais depuis la riposte, le personnel soignant utilise une seringue par malade, le mode de stérilisation des autres matériels est maintenant moderne avec le matériel de stérilisation moderne.

Par ailleurs, les structures de santé ont aussi bénéficié des installations qui assurent l'hygiène. Ainsi, les systèmes WASH ont été introduits et installés dans les structures de santé.

Mais, les personnes interrogées n'ont pas hésité d'émettre des opinions d'espoir en soulignant qu'au vu de l'importance de l'usage des EPI, la population serait prête d'accepter ce paiement supplémentaire. Finalement, les participants à l'enquête, surtout les agents de santé, ont émis le vœu de voir les partenaires venir en aide en dotant de nouveau les structures de santé en stocks des kits d'EPI. D'ailleurs, pour la population de Beni, la catastrophe sanitaire due actuellement à la Covid19 l'impose.

3.2.2. Compétences acquises par le personnel dans la recherche, l'identification, l'isolement et le traitement des personnes (probables) infectées

Lors de l'épidémie d'Ebola, la propagation a été facilitée par le fait que les personnes infectées échappaient à la vigilance de l'équipe de riposte. Le contrôle des mouvements de la population n'était pas vraiment bien assuré au début de l'épidémie. C'est ainsi que les personnes porteuses du virus l'amener dans les autres villes et agglomérations. Il y avait donc nécessité des activités de recherche, d'identification, de l'isolement des personnes infectées et de traçage de leurs contacts.

Au moment où la riposte décide d'intégrer les populations locales dans les équipes, les agents de santé ont reçu de formations pour la capacitation concernant ce travail. En plus, les centres de santé et les hôpitaux ont été dotés des infrastructures qui n'existaient pas auparavant : ces infrastructures abritent *les services de triage*. Ces derniers sont un moyen d'assurer la surveillance et la détection des cas probables des maladies épidémiques. Ce qui permet l'isolement à temps et par là, on coupe la chaîne de transmission.

Les infirmiers et médecins interrogés au cours de l'enquête ont confié que les partenaires internationaux avaient assuré des formations, en leur faveur, sur comment prendre en charge les malades qui

présentent des signes des maladies contagieuses dès la détection au niveau des triages. Les renforts pour la riposte peuvent venir après que l'on ait déjà commencé à assurer le traitement et l'isolement.

Capacitation des communautés locales dans la lutte contre les épidémies

La riposte contre la MVE n'a pas seulement eu comme conséquence positive la capacitation des structures et des agents de santé dans la lutte contre les épidémies, il y a aussi des changements positifs observés dans la population. Celle-ci a bénéficié des expériences de la riposte pour accroître son bagage des connaissances et des pratiques pour lutter contre toute épidémie potentielle.

Comme nous l'avons déjà dit plus haut, la riposte contre Ebola a comblé le déficit informationnel de la population en rapport avec la lutte des maladies contagieuses. En effet, lorsque la coordination multisectorielle de riposte décide d'intégrer les membres de la communauté locale dans les équipes de riposte, la sensibilisation a apporté des fruits. Les leaders d'opinion locaux ont été formés sur les modes de prévention et de propagation de la MVE et des autres maladies à potentiel épidémiques. Ces leaders locaux ont, à leur tour, sensibilisé en formant la population sur les pratiques de prévention et sur le comportement à adopter en cas d'épidémie.

Actuellement, les personnes interrogées affirment que la population est capable et prête à faire face à une épidémie (Ebola, Covid19 ou une autre) par l'engagement communautaire. Selon ces personnes, la population sait comment identifier les contacts, faire leur traçage et leur orientation vers les centres de santé, comment alerter lorsqu'un membre de la communauté présente des signes en rapport avec une maladie contagieuse. Pour ce faire, les membres des cellules d'animation communautaire (CAC), participant aux focus group organisés à Malepe¹, ont avoué que la population de Beni a reçu des capacités de surveillance à base communautaire. Au fait, selon eux,

¹ Malepe est un quartier de la ville de Beni

à travers les leaders d'opinion, les organisations de la société, la surveillance des maladies contagieuses est assurée.

S'agissant de l'alerte en cas de présence des signes probablement en rapport avec la Covid19, comme ceci a été déjà dit plus haut, les services de triage qui sont incorporés dans les centres de santé et hôpitaux –et qui sont toujours opérationnels- permettent aux infirmiers titulaires d'isoler et de transférer, sur base des symptômes observés, les personnes soupçonnées vers l'Hôpital Général, précisément au CTCo. Après les résultats du laboratoire, les personnes sont libérées. Pendant ce temps d'isolement, on parvient donc à éviter le contact de la personne soupçonnée avec les autres membres de la communauté. Par conséquent, si les résultats disent que la personne est infectée de la Covid19 on aura prévenu contre la propagation.

L'application des mesures barrières, notamment le lavage des mains, l'enterrement digne et sécurisé, la vaccination¹ ; est devenu un comportement normal pour la population de Beni. Les participants aux discussions de groupe ont confié que désormais, pour chaque activité qui doit réunir plusieurs personnes, les dispositifs de lavage des mains sont installés et les gens se lavent effectivement les mains.

3.3. Capacitation des autorités dans la lutte contre les épidémies

Pour l'histoire, l'on se souvient que la cause des morts enregistrés à Mangina était d'abord attribuée à la sorcellerie. Il a fallu que l'autorité² déclare que c'est la maladie à virus Ebola qui tue à Mangina que

¹ Il est à noter que certaines personnes qui ne sont pas des agents de santé, ont été formées dans la vaccination, dans la sensibilisation, dans l'orientation des cas probables vers les structures sanitaires, dans la prise en charge psychologique. Elles peuvent donc être utilisées pour des opérations de grande envergure.

² L'autorité dont on parle ici c'est le ministre de la santé qui a annoncé qu'il s'agit de la MVE après les résultats du test de laboratoire effectué par l'INRB.

tout le monde se rende compte de l'épidémie. Signalons que c'est sur base des avis des scientifiques et des techniciens que l'autorité proclame l'apparition de l'épidémie. C'est alors que commence la gestion de l'épidémie qui dépend non seulement des agents de santé mais aussi de l'autorité. Dans cette section, l'on évoque d'une part, les expériences acquises par les autorités en matière de communication en période d'épidémie et d'autre part, on parle de la relation de confiance entre les autorités et la population

3.3.1. Système de communication en période d'épidémie (pandémie)

Nous avons vu que la communication avec la population a été l'une des causes des échecs de la Riposte. La population avait des connaissances insuffisantes et erronées sur la MVE et s'est laissée orientée par les rumeurs et fausses informations. A ce moment, l'autorité devait jouer son rôle.

En effet, les autorités n'ont pas abandonné la population. Elles ont intervenu dans la lutte contre la MVE mais parmi elles, il y a celles qui n'avaient pas aussi toute l'information. Selon le bourgmestre de Mangina, avant que la maladie soit déclarée, il était toujours sollicité par sa population pour expliquer les morts en cascade qui s'observaient dans sa juridiction. Il a donc décidé d'alerter les autres autorités hiérarchiques à Beni. C'était le début du processus qui a abouti à la déclaration officielle de l'épidémie à la MVE.

Cette petite histoire permet de ressortir le rôle que l'autorité doit jouer dans la communication lorsqu'une maladie épidémique se déclenche. Seulement, le contenu de son message dépend du niveau de connaissance qu'il a par rapport à la maladie.

Il est clair que plusieurs décisions et activités de lutte contre l'épidémie devraient être communiquées à la population à travers les autorités. Cependant, la riposte contre Ebola dans la zone de Beni démontre que l'autorité locale n'a pas vraiment participé au système de

Dans le présent rapport, par autorité, on va désigner toute personne jouissant de l'autorité administrative et politique au niveau national, provincial et local.

communication. Si, la riposte était caractérisée par la non-intégration des communautés locales, il en était de même pour les autorités locales. Selon le bourgmestre d'une commune de Beni, la riposte contre Ebola a été gérée par le gouvernement central et c'est le ministre de la santé qui faisait des communications relatives à la riposte. Un jeune membre du mouvement citoyen ajoute en disant que le ministre Oly ILUNGA descendait lui-même sur terrain (à Mangina).

Certes, l'implication du ministre de la santé a été louée par les participants à l'enquête mais, ceux-ci ont déploré le fait que la population attendait voir leurs autorités locales, auxquelles elle est habituée, leur parler de la MVE et de la riposte. D'une part, les autorités locales (maire, bourgmestres, chefs de quartier, chefs des groupements, chefs des villages) avaient, comme leurs populations, une insuffisance des connaissances sur la MVE et étaient aussi ignorées (ou écartées) par l'autorité centrale qui gérait la riposte. D'autre part, certaines autorités locales étaient aussi assimilées au pouvoir de Kinshasa qui était en disgrâce avec la population de Beni.

Selon le responsable du service de protection civile de la mairie de Beni, la décision d'intégrer la population locale dans les équipes de riposte a conduit à une capacitation des autorités dans la sensibilisation et la communication. Ceci a été confirmé par les propos des participants aux discussions de groupe à Beni. Pour eux, les autorités ont acquis des expériences en ce qui concerne la mobilisation communautaire en communiquant avec la population locale par la voie, non seulement des medias, mais aussi par la voie des contacts directs avec la population. L'enquête a révélé que lorsque l'autorité faisait passer le communiqué (concernant les mesures à observer) à la radio, ces mesures étaient moins suivies par la population que

lorsqu'elle décidait d'aller sur terrain¹ et parler directement à la population.

Au cours de la riposte, les personnes interviewées avouent que les autorités locales ont été formées dans la mise en place d'un plan de contingence. Par exemple, pour le cas de la Covid19, les autorités interrogées confient qu'elles ont reçu la formation dans la façon de gérer la population qui a cédé à la panique due à l'épidémie, la façon d'assurer la fourniture de certains services publics comme l'approvisionnement en eau, la veille communautaire, etc.

Ainsi, les autorités locales ont compris que, que pour une bonne communication, elles doivent passer par les groupes de pression, les organisations de la société civile, les leaders locaux afin de faire passer le message relatif aux mesures à observer pour lutter contre l'épidémie. En ce temps de la Covid19, les mesures prises par le gouvernement central sont relayées par les autorités locales à travers les médias locaux et à travers les leaders locaux.

3.3.2. Relation entre les autorités et la population : confiance ou méfiance ?

S'il faut parler de la confiance que la population de Beni avait envers les autorités politiques et administratives lors de la riposte contre Ebola, il faut rappeler d'abord le contexte politique dans lequel s'est déroulée cette riposte. L'apparition de la MVE se situe dans une période des turbulences politiques à la suite des tueries et kidnappings dont sont victimes les populations de l'Est (particulièrement la région de Beni) et des enjeux électoraux à haut risque. Les populations de cette zone avaient déjà développé une attitude d'opposition farouche vis-à-vis des autorités de Kinshasa, accusées d'être à la base de ces massacres.

¹ Une décision voulue par la population selon les personnes interrogées mais qui, au début, était risquée pour l'autorité. Pendant la résistance contre la riposte, le maire de Beni affirmé avoir échappé bel au jet des pierres pendant qu'il faisait la sensibilisation pour la vaccination.

Dans cette situation de désastre, les populations ne croyaient plus aux paroles et actions des autorités tant nationales que locales. Ces dernières étaient accusées d'être en connivence avec le régime de Kabila. C'est ainsi que tout choix décisif opté par l'autorité publique nationale qui avait comme but d'inciter la population à opérer des changements d'attitude et de comportement ne rencontrait pas l'adhésion de celle-ci. Les décisions des autorités étaient rejetées et la population ne faisait que s'opposer.

Comme le note l'étude effectuée par Nene Morisho et al (2020), l'intervention co-organisée par le ministère de la santé et l'OMS ne pouvait pas être facile dans un contexte où la population était déjà irritée par les autorités politiques et administratives de l'époque. D'où, la résistance contre l'existence de la MVE et de sa riposte. Toute décision de l'autorité est mal interprétée et toute autorité locale qui va dans le sens d'appuyer ce que le duo ministère de la santé-OMS propose, est *persona non grata*.

Selon les informations recueillies auprès des personnes interviewées, les autorités locales de Beni étaient prises pour cibles pendant la résistance contre les équipes de riposte. Le maire de la ville de Beni affirme avoir été la cible des jets des pierres dans certains quartiers de Beni parce qu'il voulait tout simplement sensibiliser la population en faveur le comportement de lutte contre la MVE.

Le rétablissement de la confiance envers les autorités (surtout locales) était l'une des solutions stratégiques qui ont été à la base du changement d'attitude et de comportement de la population de Beni pour lutter contre l'épidémie. En effet, quand les différents partenaires ont décidé d'intégrer les communautés locales dans les équipes de la riposte, les autorités locales (chefs des cellules, chefs des blocs, chefs des quartiers, bourgmestres) ont recouvré le crédit. Ces autorités ont commencé à participer à la sensibilisation et la population a mis en pratique leurs décisions.

A cet égard, au cours de ces deux ans de riposte contre l'épidémie d'Ebola, l'on est passé de la méfiance à la confiance de la population

vis-à-vis des autorités locales. Des discussions faites dans le groupe, les participants ont révélé que cette confiance a été rétablie en se basant sur les résultats sanitaires observés sur terrain depuis mai 2019. Le nombre des « vainqueurs¹ » d’Ebola et la participation des autorités locales à la campagne de vaccination ont aidé à ce que les autorités bénéficient encore de la confiance de la part des habitants de Beni.

Aujourd’hui, la population de Beni, comme l’ont affirmé les personnes interrogées, aurait la confiance dans les autorités locales (et nationales), surtout lorsqu’il s’agit de lutte contre les épidémies. Mais, ces personnes n’insistent sur le fait que certaines décisions prises par le gouvernement central dans la lutte contre la propagation de la Covid19 n’inspirent pas confiance. Pour certains, l’on ne comprend pas pourquoi l’autorité avait décidé le confinement de tout le pays même des endroits où il n’y a pas de cas de Covid, pourquoi exiger des tests de covid uniquement aux passagers des avions. Autant ce questionnement persistait dans les focus group, autant il se dégageait des conclusions qui émettaient des doutes face à ces choix des autorités. Nonobstant cette « confiance-méfiante », les personnes interrogées ont confié que, si jamais, à partir des cas déjà enregistrés dans la ville de Beni, la propagation de la Covid19 gagne du terrain dans la zone de Beni, la population va faire confiance aux autorités pour lutter ensemble contre cette propagation.

Les autorités locales affirment, à leur tour, que depuis la riposte contre Ebola, elles savent maintenant comment communiquer avec la population pendant les épidémies (ou tout autre cas des sinistres

¹ « Vainqueur », terme utilisé pour désigner la personne qui a été infectée par le virus Ebola, elle a été malade et après le traitement, elle est sortie du centre de traitement Ebola guérie. La personne a donc vaincu la MVE. D’où le nom de « Vainqueur ». Ces personnes sont regroupées dans une association, l’association des vainqueurs d’Ebola (AVE) qui est représentée au niveau national et au niveau local (Beni). L’AVE de Beni a connu une scission débouchant sur deux AVE chacune avec son responsable. Il est à noter que les deux responsables ont participé à cette étude.

populaires) en inspirant confiance. Selon ces autorités, lorsque l'on fait intervenir toutes les couches sociales de la communauté, les décisions prises ont plus de chance d'être suivies par la population dans un climat de confiance.

Enfin, les informations recueillies sur terrain font ressortir que la confiance que la population réserve aux autorités, tant nationales que locales, dépend aussi de la situation de paix qui s'observe dans la région de Beni. Plus la paix règne plus la population fait confiance aux autorités, mais lorsque la région de Beni est attaquée par les ADF-NALU, la méfiance s'installe.

3.4. Observation des mesures barrières contre Ebola et contre Covid19

Alors que l'on attendait que la MVE soit déclarée totalement vaincue dans la zone de Beni, une autre catastrophe sanitaire, due au corona virus, sévissait presque dans le monde entier y compris en République Démocratique du Congo. La Covid19 a vite pris la place de la MVE avec des cas déclarés à Goma, à Butembo puis à Beni.

Face à la pandémie à corona virus, la coordination multisectorielle et le gouvernement de la RDC ont vite amorcé les actions de riposte contre cette pandémie dont le taux de propagation est plus élevé que celui d'Ebola.

Comme dit plus haut, la prévention contre Ebola consistait en l'application des mesures barrières à l'instar des pratiques d'hygiène, le prélèvement des températures, le contrôle aux différents points d'entrée (et de sortie) des villes, etc.

La population locale de Beni a été informée que pour se protéger contre la contamination de la Covid19, l'on doit aussi observer certaines pratiques ou mesures barrières. Presque toutes les personnes ayant participé à l'enquête, ont affirmé que la population observe ces mesures qui sont, du reste, semblables aux mesures barrières contre Ebola. Les différences sont visibles au niveau du port de masque et de la distanciation sociale et physique.

Il y a lieu de faire remarquer que, selon la coordinatrice du collectif des associations féminines et le président de la jeunesse urbaine de Beni, la population continue à se laver les mains, à ne pas toucher les cadavres, à prélever souvent les températures corporelles mais, pour le port de masque, elle a baissé de garde. Au fait, dans les discussions de groupe, il a été affirmé qu'au début de l'état d'urgence sanitaire décrété par le président de la RDC, les gens respectaient, dans une large mesure, le port des masques et la distanciation sociale et physique. Cependant, actuellement, il est rare de voir des personnes porter des masques sauf si on doit se rendre dans les structures sanitaires, dans les banques et autres institutions. Aussi, les habitants de Beni n'observent plus la distanciation. Il faut aller visiter les boîtes de nuit, les bars, les marchés pour s'en rendre compte. Ces propos sont issus des groupes de discussion où la majorité des participants a confié que le fait de ne pas connaître des cas locaux¹ de Covid19 conduit à un relâchement dans la pratique des mesures barrières propres à la Covid19 : le port des masques et la distanciation sociale.

L'étude a pu constater aussi que depuis la fin de la MVE, l'Organisation Internationale de Migration a cessé avec son appui logistique et financier en faveur des services de contrôle aux points d'entrée et de sortie des villes (dont le nombre était estimé à 80 selon Ilunga Kallenga et al., 2019). Depuis lors, les dispositifs d'hygiène (lave-mains, tanks) sont là mais ne fonctionnent pas faute des moyens financiers et logistiques. A ce sujet, le responsable des taximan moto et véhicules a suggéré que l'Etat (la mairie de Beni, la province et le Gouvernement central) puisse prendre des mesures dans l'urgence pour faire fonctionner ces points de contrôle.

¹ Par « cas locaux de covid19 » les participants aux focus group ont signifié que les personnes déclarées malades de la Covid19 étaient venues d'ailleurs. Elles étaient en voyage dans les pays étrangers ou dans les villes de Kinshasa et Goma. Mais personne n'a été infecté à Beni. Si une personne est infectée à Beni (sans voyager) alors ils vont parler de cas local de Covid19.

Par contre, en ce qui concerne l'organisation des deuils et des enterrements, les personnes interrogées affirment que les habitants de la zone de Beni continuent à appliquer les pratiques qui les sécurisent des risques de contamination par manipulation des cadavres. Même au niveau des hôpitaux, les gardes-malade, les personnels soignant observent toujours des mesures barrières pour ne pas être contaminé par n'importe quelle maladie.

3.5. Ebola et Corona virus : ressemblances ou dissemblances ?

Après avoir relevé les leçons tirées de la riposte contre Ebola, apprécié la capacité et compétences acquises par les structures et personnels de santé, les autorités et la population en général, après avoir fait l'analyse de l'observation des mesures barrières contre Ebola et covid19 ; il est temps de faire une comparaison entre la MVE et la Covid19 en insistant sur les aspects liés aux ripostes contre les deux fléaux sanitaires. Il est impérieux de noter que cette comparaison sera basée sur les opinions et connaissances qu'a la population locale sur les deux maladies et les deux ripostes.

Des symptômes identiques et différents

A croire les avis des participants aux discussions de groupe et aux interviews individuelles, la MVE et la Covid19 ont certains signes qui sont identiques. Parmi ces signes, y figurent la température corporelle élevée, la fatigue ou l'épuisement. Les opinions récoltées sur terrain font apparaître des différences au niveau d'autres signes, comme la toux sèche et la difficulté à respirer, propres à la Covid19 ; les saignements, la diarrhée pour la MVE.

Par ailleurs, les mêmes personnes ont confié que la différence entre la MVE et la Covid19 réside aussi dans la manifestation des signes. Pour la MVE, ses symptômes apparaissent vite et sont facilement détectables à un stade précoce alors que pour la Covid19, les malades peuvent être asymptomatiques ou peuvent présenter des signes tardivement. Ces opinions rencontrent ce que l'étude de Mizumoto et al (2019) a aussi évoqué.

Deux maladies contagieuses mais avec une transmissibilité et une létalité différente

L'enquête effectuée dans le cadre de cette étude, a relevé que les opinions de la population se recourent en ce qui concerne le caractère contagieux de la MVE et de la Covid19. Pour toutes les catégories des personnes interrogées : les responsables des associations des jeunes, des mouvements citoyens (LUCHA, Je Suis Beni, Véranda Mutsanga), les membres de CAC, les bourgmestres, les IT, etc.), qui ont participé aux focus group de Beni-ville et de Mangina, le point commun entre les deux maladies c'est la contagion qu'elles sont capables de provoquer. Selon eux, les deux maladies sont transmissibles et peuvent atteindre toute la communauté si rien n'est fait pour arrêter la propagation.

Nonobstant ce caractère identique, la population de Beni estime que le degré de contamination est plus élevé du côté de la Covid19 que pour la MVE. Les raisons avancées par ces personnes sont telles que la personne peut être contaminée par la Covid19 par l'air alors que pour la MVE, il faut un contact physique.

En rapport avec cette différence due au degré de transmissibilité, l'OMS (2020c) souligne qu'il y a principalement trois différences sous-jacentes :

- La MVE se transmet par contact avec les liquides corporels c'est-à-dire par contact direct avec le sang, les sécrétions, les organes ou d'autres fluides corporels des personnes infectées, et avec des surfaces et des matériaux (par exemple les vêtements) contaminés par ces fluides ; pendant que la propagation de la Covid19 se fait principalement par les gouttelettes respiratoires sortant du nez ou de la bouche de la personne infectée. Ces gouttelettes sont expulsés lorsque la personne tousse, éternue ou parle. Elles peuvent, par la suite, atterrir sur des objets et des surfaces comme des tables, des poignées de porte et les mains d'autres personnes peuvent être infectées en touchant ces objets ou ces surfaces et ainsi

la personne se contamine en touchant ses yeux, son nez ou sa bouche.

- La deuxième différence c'est que la MVE dans sa phase pré-symptomatique, est très peu contagieuse mais pour la Covid19, même sans les symptômes, la personne contamine les autres. L'OMS (2020d) parle de la majorité des cas de Covid19 qui sont asymptomatiques.
- Enfin, une troisième différence est non au niveau de la transmissibilité, mais bien plus, au niveau de la létalité. En paraphrasant toujours l'OMS (2020e), la MVE est plus virulente avec un taux de mortalité de 65,8 % lors de l'épidémie du Nord Kivu de 2018 à 2020. Or, quoique la Covid19 soit plus transmissible que la MVE, elle présente un taux de létalité faible. Au Congo (RDC), ce taux est estimé à 4,3 %.

Cette différence de létalité renforce encore davantage celle liée à la transmissibilité. En effet, si la Covid19 est plus transmissible que la MVE c'est aussi à cause du fait que cette dernière tue souvent la personne avant qu'elle contamine d'autres. C'est ainsi que Mizumoto, K., et al (2019) soutiennent qu'en présence des mesures de contrôle, la propagation de la MVE, dont les signes sont d'ailleurs facilement détectables, peut être réduite en évitant simplement le contact avec les liquides corporels ; mais, pour Covid19, asymptomatique pour la plupart des cas, il n'est pas aussi facile d'éviter les contacts avec les gouttelettes respiratoires. L'étude de Desbureaux S. et al (2020) renchérit cet argument en soulignant que le nombre prévu de cas contaminés que la personne infectée causera, en moyenne, pendant sa période infectieuse, en l'absence de mesures de contrôle, fluctue autour de 1,5 pour la MVE, mais atteint environ 3 à 4, selon les premières estimations, pour la Covid19.

Un autre facteur expliquant la différence du degré de transmissibilité entre les deux maladies est lié à l'existence du vaccin. Selon les personnes interrogées, la population dans la zone de Beni sait que le vaccin contre Ebola existe et elle en a l'expérience, alors qu'elle

affirme l'inexistence du vaccin contre Covid19. Au fait, presque toutes les couches sociales témoignent de l'efficacité du vaccin rVSV-ZEBOV-GP qui a permis d'arrêter la chaîne de contamination du virus Ebola dans la zone de Beni, mais pensent que la Covid19 n'a pas encore de vaccin et, même si le vaccin était découvert, les personnes interviewées estiment qu'il faut commencer d'abord à vacciner les européens et les américains avant de venir en RDC. Et, en venant en RDC, l'on doit commencer par la vaccination de la population de Kinshasa et d'autres villes touchées puis, après une forte sensibilisation, procéder à la vaccination de la population de Beni¹.

MVE et Covid19 au Nord Kivu : deux maux, deux solutions.

Dans le domaine de santé publique, lorsqu'une épidémie est déclarée, il est impératif que l'intervention à caractère holistique soit amorcée. Les autorités sanitaires, politiques et administratives mettent en place une riposte contre l'épidémie.

Pour le personnel soignant de Beni, cette partie connaît des cas de maladies épidémiques contre lesquelles il y a toujours eu des interventions. Mais, la MVE et la Covid19 sont les deux maladies dont la contagion échappe au contrôle exclusif des communautés locales. Une riposte de grande envergure, impliquant différents partenaires nationaux et internationaux s'impose. Mais alors, à ces deux maux, la population de Beni pense qu'il y a eu deux solutions différentes.

A partir des informations recueillies dans les focus group et les interviews individuelles, il ressort que les habitants de la zone de Beni estiment que la solution que le gouvernement et la communauté internationale ont réservée à la MVE est tellement différente, à tous

¹ Cette attitude est due aux rumeurs qui ont circulé dans les réseaux sociaux selon lesquels le vaccin de Covid19 sera expérimentés sur les africains et aura comme conséquence de tuer à petit feu la population africaine. Même si une partie de la population de Beni suit de près l'évolution de la mise au point du vaccin contre Covid19, les habitants affichent toujours une méfiance et attendent voir que ce vaccin soit administré aux européens et aux américains qui sont plus touchés par la Covid19.

points de vue, de celle réservée à la Covid19. Au fait, au-delà de leurs avis, l'observation des faits montre qu'il y a une grande différence entre la riposte contre Ebola et celle contre Covid19.

Les populations de Beni renchérissent en soulignant qu'elles ont été étonnées de la vitesse et l'intensité avec lesquelles la riposte contre Ebola a été organisée. Cette riposte s'est caractérisée par une forte mobilisation internationale, d'importants soutiens financiers, une logistique sans pareil, une forte sensibilisation impliquant tout le monde.

A contrario, la riposte contre Ebola a seulement excélé dans les mesures de confinement de mars à aout 2020 sans que la mobilisation soit forte, sans que les fonds soient mis à la disposition des équipes de riposte. Selon un jeune activiste de paix, la riposte contre Covid19 est une « coop ratée »¹ : les actions sur terrain sont presque inexistantes et on est informé qu'à la radio et à la télévision. En plus, tout est géré à Kinshasa où on apprend que les millions des dollars sont mis à la disposition du gouvernement pour lutter contre Covid19 mais sur terrain, à Beni, on ne voit rien. A ce sujet, un chef de quartier à Mangina a confié qu'étant donné que Beni n'est pas la seule zone concernée par Covid19, les fonds destinés sont consommés essentiellement à Kinshasa.

D'autres personnes ont évoqué le fait que, contrairement à la riposte contre Covid19, les moyens financiers et logistiques, mis à la disposition de la riposte Ebola, étaient utilisés sur place et par ce fait, il y a eu des avantages directs et indirects dont a bénéficié la population locale. Ce qui n'est pas le cas pour la Covid19. Les FGD ont laissé entendre que Covid19 est plutôt considérée comme une source des

¹ Par « coop ratée », le jeune membre de l'association JPCP (Jeunes Patriotes et Consolidateurs de la Paix) a voulu se référer à la conception d'Ebola-Business. Selon lui, avec la Covid19, la population estime qu'on voulait refaire le même business mais les gens (européens) qui donnent l'argent sont plus touchés qu'à Beni, par conséquent, on a pas injecté autant d'argent dans la riposte contre covid19.

revenus pour les autorités qui exigent des tests payant aux voyageurs par avion. Pendant une interview, un membre du comité de développement et de santé (de l'air de santé de Kasanga) a posé une question : « pourquoi on exige les tests préalables de Covid19 aux passagers des avions mais on laisse les passagers des véhicules voyager sans tests préalables ? N'est-ce pas une façon de gagner de l'argent ? ».

Eu égard à ce qui précède, la population de Beni soutient qu'Ebola et Covid19 sont deux maux mais auxquels on réserve deux solutions différentes. Pour elle, cela peut se justifier par le fait qu'en réalité Beni n'a pas encore enregistré des cas de Covid19 au niveau local car les cas annoncés étaient importés. Une autre raison de la faible intensité de la riposte serait liée au fait que Covid19 ne tue pas comme Ebola. Enfin, la population de Beni, à travers les opinions des participants aux discussions de groupe, estime que si les cas de Covid19 se multipliaient dans la zone et que les moyens financiers et logistiques deviennent conséquents, elle sera prête pour lutter efficacement contre la Covid19.

4. Implications et Recommandations

Les analyses faites dans ce rapport laissent voir que les facteurs à la base des échecs de la riposte contre Ebola, en sa phase de début, ont été mis en évidence. Ces échecs ont amené les partenaires engagés dans la riposte à opérer des changements stratégiques qui ont permis de conduire la riposte vers la réussite. L'étude a relevé aussi les leçons et expériences positives que les différents acteurs (population, structures de santé et personnel soignant, autorités) ont tiré de la riposte. Ces acquis positifs concernent les connaissances sur les signes de la MVE et sur les manières de mener les ripostes contre les épidémies, les pratiques de lutte contre la propagation de la MVE et d'autres épidémies, etc.

Ces différents résultats impliquent des considérations selon lesquelles la population habitant la zone de Beni, qui a connu l'épidémie d'Ebola, a acquis une souplesse dans la lutte contre les maladies contagieuses. Dans cette optique, la résistance que la population a réservée à la riposte a, au-delà des effets négatifs déplorables, permis à ce que l'on soit capable d'identifier les erreurs à éviter pour de prochaines interventions de riposte contre les épidémies.

En plus, la riposte contre Ebola a engendré la capacitation des structures et du personnel soignant dans, non seulement la lutte contre les épidémies, mais aussi dans leur façon permanente de poser des actes. Parmi les acquis, il y a par exemple la prévention à travers l'usage des équipements de protection individuelle, le fonctionnement des services de triage, la mise en service des installations hygiéniques et le système WASH dans les structures de santé, l'application des pratiques qui permettent d'éviter la contamination des maladies, etc.

A croire les résultats de l'étude, l'on peut en outre considérer que les autorités, les organisations de la société civile et les leaders d'opinion ont été capités dans la sensibilisation et dans l'engagement

communautaire pour faire face aux maladies à potentiel épidémique dont la Covid19. Il se dégage que ces différents acteurs sont aujourd'hui potentiellement aptes à vite s'adapter pour lutter contre la Covid19 qui est en sa deuxième vague de propagation. Comparativement à la population des zones non touchées par Ebola, la population de Beni prend conscience du fait qu'une épidémie doit être éradiquée avant qu'elle décime les familles entières.

Il ressort que la riposte contre Ebola a été une opportunité économique et financière mais assorties des magouilles et arrangements similaires à la mafia. Sur ce chapitre, la population de Beni se permet de distinguer la riposte contre covid19 de celle contre Ebola, en soulignant que la Covid19 ne permet pas à la population locale de profiter d'une manne financière mais elle réduit même les opportunités économiques.

A la lumière des résultats issus de l'enquête, il y a lieu de considérer que la résilience de la population de la zone de Beni ne doit pas être seulement médicale mais elle concerne tous les aspects de la vie communautaire. La durabilité des acquis positifs passe par la mise en œuvre des projets économiques et du système WASH en faveur de la communauté locale, la prise en charge psychologique des victimes et vainqueurs d'Ebola.

Eu égard de ce qui précède, l'on peut formuler des recommandations suivantes :

- Face à la Covid19, les décideurs doivent s'appuyer sur les acquis de la riposte contre l'épidémie d'Ebola de 2018-2020 pour conduire une riposte efficace.
- Pour ce faire, les partenaires nationaux et internationaux doivent mettre les moyens logistiques et financiers à la disposition de l'équipe de riposte contre la Covid19 afin de rendre effective cette riposte dans la zone de Beni, surtout dans la sensibilisation.
- Pour toute urgence sanitaire, l'efficacité des interventions de riposte devra être basée non seulement sur l'approche

médicale mais elle doit dépendre de l'approche holistique. Autrement dit, pour lutter efficacement contre toute épidémie (covid19 aujourd'hui) il faut prendre en compte tous les problèmes de la communauté locale.

- En complément, des efforts ne doivent pas être ménagés pour éviter une résistance (violente), une méfiance de la part de la population. Ainsi, tous les acteurs (dirigeants, leaders communautaires, jeunes, femmes, etc.) doivent être impliqués dans la riposte. L'on doit donc baser la riposte sur l'approche d'engagement communautaire.
- Le recours à la main d'œuvre locale doit faire partie des stratégies de lutte contre les maladies épidémiques. Selon cette logique, dans toutes les activités liées à la riposte, les membres de la communauté locale doivent intervenir. Il faudra toujours veiller à ce que le recrutement du personnel dans le volet médical, dans la sensibilisation ou dans tout autre domaine, puisse tenir compte des locaux.
- Il faut insister sur l'application des mesures barrières contre la Covid19, principalement sensibiliser la population sur l'importance de porter les masques.
- Intensifier la sensibilisation sur une éventuelle vaccination éventuelle contre la Covid19 dans la zone de Beni.
- Enfin, que les autorités sanitaires et politiques puissent harmoniser les vues sur les raisons des tests Covid19 imposés uniquement aux voyageurs par avion.

