



HAL
open science

Les causes du mal : ethnographie des représentations de l'émergence de la 9e épidémie d'Ebola en RDC (province de l'Équateur, 8 mai-24 juillet 2018)

Romain Duda

► To cite this version:

Romain Duda. Les causes du mal : ethnographie des représentations de l'émergence de la 9e épidémie d'Ebola en RDC (province de l'Équateur, 8 mai-24 juillet 2018). Bulletin de la Société de Pathologie Exotique, 2020, 113 (4), pp.228-239. 10.3166/bspe-2020-0140 . hal-03972870

HAL Id: hal-03972870

<https://hal.science/hal-03972870v1>

Submitted on 3 Feb 2023

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

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

Copyright

Les causes du mal : ethnographie des représentations de l'émergence de la 9^e épidémie d'Ebola en RDC (province de l'Équateur, 8 mai-24 juillet 2018)

The Causes of Harm: Ethnography of Representations of the Emergence during the 9th Ebola Outbreak in DRC (Equateur Province, 8 May-24 July 2018)

R. Duda

Reçu le 15 juillet 2020 ; accepté le 9 septembre 2020
© Société de pathologie exotique et Lavoisier SAS 2020

Résumé Cet article s'attache à décrire les différents modèles de causalité du malheur et leurs constructions sociales suite à l'émergence de la neuvième épidémie de la maladie à virus Ebola dans la province de l'Équateur, en République démocratique du Congo en mai 2018. Fondé sur un corpus de données qualitatives collecté lors de trois semaines de terrain, l'article détaille les modèles explicatifs ayant trait aux chaînes de contaminations et leur hybridation entre modèle biomédical et logique mystique et/ou politique. En traitant également de la réception du discours scientifique sur l'origine animale du virus, cet article contribue à une analyse du fossé existant entre les différentes compréhensions et réactions locales et biomédicales face au phénomène épidémique et à l'ampleur de la riposte.

Mots clés Maladie à virus Ebola · Anthropologie médicale · Contamination · Viande de brousse · Mystique · Sorcellerie · Pygmées twa · Ikoko-Impenge · Itipo · Bikoro · Province de l'Équateur · République démocratique du Congo · Afrique subsaharienne

Abstract The article focuses on describing the different causal models of misfortune and their social constructions in the context of the Ebola virus disease which emerged in Equateur Province, Democratic Republic of Congo, in May 2018. Based on a corpus of qualitative data collected during three weeks of fieldwork, this article details the explanatory

models relating to the chains of contamination and their hybridization between biomedical models and sorcery and/or political logic. By also addressing the impacts of discourse on the animal origin of the virus, this article contributes to an analysis of the gap between the different understandings and responses to the epidemic phenomenon and the scale of the response.

Keywords Ebola virus disease · Medical anthropology · Contamination · Bushmeat · Witchcraft · Mystique · Twa pygmies · Ikoko-Impenge · Itipo · Bikoro · Equateur province · Democratic Republic of Congo · Sub-Saharan Africa

Introduction

La neuvième épidémie d'Ebola en République démocratique du Congo (RDC), déclarée le 8 mai et officiellement terminée le 24 juillet 2018, a concerné 54 cas signalés (dont 38 confirmés et 16 cas probables), et un bilan de 33 décès et 21 personnes guéries. Elle présentait deux risques particuliers et nouveaux pour l'Afrique centrale : la proximité d'un grand centre urbain, Mbandaka (1,2 million d'habitants) et la proximité du fleuve Congo, axe de transport privilégié pour les personnes et les marchandises (produits agricoles et forestiers, dont viande de brousse, cannabis...), connectant ainsi en quelques heures la zone épidémique à d'autres métropoles (Kinshasa : 11 millions d'habitants ; Brazzaville : 1,4 million) et augmentant les difficultés de contrôle des chaînes de transmission.

Le personnel de santé a, comme souvent, très vite été touché par le virus, constituant le facteur d'amplification, de même que les malades consultants ou hospitalisés sans précautions hygiéniques. La réactivité des autorités congolaises,

R. Duda (✉)
Unité anthropologie et écologie de l'émergence des maladies,
Institut Pasteur, 25, rue du Docteur-Roux,
F-75015 Paris, France
e-mail : romain.duda@pasteur.fr

UMR7206 Éco-anthropologie, site du musée de l'Homme,
Muséum national d'histoire naturelle, place du Trocadéro,
F-75016 Paris, France

de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et des organisations humanitaires (notamment ALIMA, MSF, UNICEF, Croix-Rouge) a permis de mettre en place très rapidement une riposte (du moins du point de vue strictement sanitaire) visant à interrompre les chaînes de transmission par l'identification et le suivi des contacts et à renforcer les infrastructures de santé existantes.

Si l'état des infrastructures sanitaires et de surveillance est un facteur important dans la propagation de la maladie, les dimensions socioculturelles, politiques et économiques jouent aussi un rôle central dans son évolution [14]. L'irruption de la mort, le stress quotidien, la peur de la contamination et les suspicions, ainsi que les perturbations engendrées par l'intervention internationale ou des décisions nationales, modifient les comportements et exacerbent souvent des relations sociales parfois conflictuelles. Par ailleurs, les épidémies en Afrique centrale prennent souvent place dans des contextes sociaux et pluriethniques complexes caractérisés par des jeux de pouvoir qu'il convient de prendre en compte (leaders religieux, membres de la riposte, personnels soignants, ethnies minoritaires). Par exemple, la province de l'Équateur est habitée en grande partie par des communautés dites « Autochtones » par certains, « Pygmées » par d'autres, se nommant elles-mêmes Twa (Batwa au pluriel), mais en tout cas marginalisées et discriminées à tous les niveaux de la société, subissant un racisme quotidien de la part des autres populations [3,11].

Depuis plusieurs années, les sciences sociales se sont attachées à la prise en considération de ces spécificités locales, qu'elles soient sanitaires et logistiques, sociales et culturelles, pour tendre vers des réponses sanitaires adaptées et efficaces [2,8,19]. Elles montrent aussi à quel point les épidémies et les réponses à celles-ci sont des phénomènes sociaux et politiques qui dépassent le cadre de la maladie que ce soit en contexte Ebola [16,30], ou dans d'autres épidémies comme le VIH [7]. Leur rôle est donc désormais largement reconnu dans la gestion des épidémies d'Ebola [10,28]. Après une première étude de Hewlett et Amola sur l'épidémie d'Ouganda en 2001 [26], l'approche anthropologique a été sollicitée par P. Formenty (OMS) sur les épidémies de 2003 au Congo avec le déploiement d'A. Epelboin et de B. Hewlett, puis en 2005 en Angola avec A. Epelboin et J. Ndoungoung Anoko, puis à Mweka en 2007 et à Isiro (RDC) en 2012. La flambée épidémique d'Ebola en Afrique de l'Ouest entre 2014 et 2016 a ensuite fait émerger des plateformes collaboratives d'expertise mettant l'accent sur le rôle des sciences sociales (Ebola Response Anthropology Platform, Réseau ouest-africain anthropologie des épidémies émergentes, Social Sciences in Humanitarian Action Platform, et plus récemment SoNAR-Global).

Cependant, l'articulation entre recommandations anthropologiques et pratiques de terrain reste difficile du fait de la structuration des prises de décisions et des frontières entre

recherche en santé globale, aide humanitaire et pratiques de développement [1]. Les acteurs de la riposte, par la rapidité de l'intervention et étant certains de détenir le seul savoir apte à endiguer l'épidémie, ne valorisent pas l'écoute des populations locales, de leurs usages, leur compréhension de la maladie, ou leur expertise sur la situation [21,44]. Un contexte qui, entraînant une violence structurelle, tend à raviver les inégalités passées et à attiser des formes de méfiance vis-à-vis de la riposte [22,24]. Les modèles de causalités de la maladie invoqués localement sont ainsi catégorisés dans un registre culturaliste discriminant, rapportés à des croyances et des superstitions anciennes d'analphabètes, insistant sur la résistance des populations ou leur manque de coopération [29,34,44]. Ces modèles explicatifs sont cependant souvent loin d'être « irrationnels ». Ils sont au contraire tout à fait logiques puisqu'ils cherchent à donner du sens à une maladie nouvelle en l'intégrant rapidement dans un système de pensée locale [35], de fait, en grande partie partagés par les intervenants nationaux. Ces modèles explicatifs sont par ailleurs souvent connectés à des intérêts sociaux et politiques locaux qui prouvent leur ancrage dans le territoire [20].

L'objectif de cet article est donc de présenter ces différents récits ayant trait aux origines d'Ebola, aux chaînes de contaminations et à leur hybridation entre modèle biomédical et logiques mystiques et/ou politiques. Décrypter ainsi les rapports sociaux en contexte épidémique, les théories locales de la cause du malheur doit permettre au personnel d'une riposte de mieux comprendre les points de blocages et les tensions, d'adapter les messages et de réduire le fossé entre injonctions biomédicales et compréhensions locales qui se reproduisent d'une épidémie à l'autre. Leur analyse peut permettre aux différents acteurs de prendre conscience du modèle explicatif mobilisé par l'*Autre* [10,15,27], de saisir la complexité de l'enchevêtrement entre différentes représentations du corps et de la maladie.

Après une présentation de la méthodologie et du contexte sanitaire et social régional, l'article présente une analyse des différents récits sur les causalités de l'émergence de la neuvième épidémie d'Ebola en RDC.

Méthodologie

Les données présentées ici ont été collectées dans la zone de santé d'Itipo du 24 juin au 17 juillet 2018 dans le cadre d'une mission d'expertise pour ALIMA (Alliance for International Medical Action), organisation non gouvernementale spécialisée dans l'« innovation » de la médecine humanitaire [12].

En amont de cette phase de terrain et dès les premiers jours suivants la déclaration de l'épidémie, un travail bibliographique fut mené en parallèle au suivi et à la contribution à la veille anthropoépidémiologique Internet menée lors de chaque épidémie (depuis 2003) par le médecin anthropologue

Alain Epelboin (CNRS–MNHN). Cette veille a permis de saisir jour après jour l'évolution du contexte épidémique et sociopolitique.

La méthodologie de terrain utilisée s'est fondée sur des allers-retours entre une observation et une écoute « flottantes » dans le centre de traitement d'Ebola (CTE)(Fig. 1), l'accompagnement des équipes au domicile des patients et défunts, et 32 entretiens semi-directifs d'une durée de 30 à 80 minutes, sur la base de grilles d'enquêtes thématiques (perceptions de la riposte ; origines de la maladie et théories locales ; stigmatisation et discriminations ; pratiques de chasse), avec des personnalités et acteurs de la riposte souhaitant participer à un entretien (membres des commissions, anciens malades, acteurs de la riposte, religieux, infirmiers et membres des différentes communautés locales). Les données proviennent également d'un grand nombre d'échanges informels et de la participation aux activités de deux commissions de la riposte : celles de « suivi et prise en charge psychosociale » et de « communication ». Une participation qui a permis d'accompagner le personnel des commissions dans les villages tout en collectant des données complémentaires lors de discussions de groupe. Les personnes interrogées ont été sélectionnées au regard de leur rôle stratégique ou, pour

les habitants de la zone, sur leur volonté de participer à un entretien. L'analyse du corpus de données a été effectuée manuellement par analyse des contenus thématiques.

Résultats

Contexte social et sanitaire

La province de l'Équateur compte environ 2 544 000 habitants répartis sur sept territoires, dont celui de Bikoro qui fut le plus touché par l'épidémie d'Ebola [5]. Elle comporte de nombreuses zones enclavées : les pistes ne sont pas ou peu entretenues, et certains villages ne sont accessibles qu'à pied. Le lac Tumba et le fleuve Congo qui bordent la province restent les principales voies de communication.

La province compte 16 zones de santé et 284 centres de santé. Tout comme dans d'autres régions de RDC, les structures de santé présentent de grandes insuffisances : ruptures en médicaments de base, employés non payés, manque de compétence, d'équipement, de moyens de protections individuelles [5]. La couverture du territoire en termes de surveillance et de prévention des maladies émergentes est



Fig. 1 Chambres d'urgence biosécurisées pour épidémies (CUBE) installées à ITIPO par l'ONG ALIMA (Photo R. Duda) / *CUBE (Chambre d'urgence biosécurisée pour épidémies – Biosecure Emergency Care Unit for Outbreaks) installed in ITIPO by the ALIMA NGO (Photo R. Duda)* La réponse à cette épidémie a été marquée par l'usage, à Itipo, de CUBE (chambres d'urgence biosécurisées pour épidémies), innovation proposée par l'ONG ALIMA permettant à la famille et aux soignants de rester en contact avec le patient grâce aux parois transparentes sans risque de contamination

faible, théoriquement assise sur des « relais communautaires », qui toutefois souffrent d'un manque de formation, de compétences diagnostiques, de remèdes et pansements de base, de moyens de transports, de revenus. Au-delà d'une défiance de la population envers les structures de soins, souvent relevée à tort, le problème est l'inaccessibilité des centres de santé en raison de la pénurie de services, l'absence ou du coût des traitements [4]. Certains centres de santé sont gérés par des missions catholiques ou protestantes et sont généralement considérés comme plus performants.

Lors de cette épidémie, l'Église catholique locale fut fortement impliquée dans la communication des risques et des mesures de prévention (les attouchements interpersonnels rituels par exemple ont très tôt été suspendus), à la fois par conviction, du fait de la contamination d'un de ses prêtres et pour des raisons économiques liées à la fourniture d'hébergement des acteurs de la réponse, la location de bâtiments et terrains, la mise à disposition de personnels.

Le peuplement de l'Équateur est caractérisé par des identités plurielles. La première catégorisation historique est celle faite localement entre « Bantous » (au sens d'une identité culturelle panafricaniste, pourtant hétérogène et pas seulement linguistique) et « Autochtones » (terme officiel), linguistiquement les Bantous comme leurs voisins et se nommant eux-mêmes Twa (pl. Batwa). Les Twa sont encore parfois localement et historiquement appelés « Pygmées » bien que ce terme ait une connotation péjorative et soit remplacé par l'expression de « Peuples Autochtones » (ou PA, parfois même au singulier : « un PA »). L'emploi de ce terme, de nos jours politiquement correct, et bien qu'anthropologiquement discutable, ne réduit pourtant aucunement les discriminations et le racisme quotidien dont les Twa et les « Pygmées » en général font l'objet [18,41].

Historiquement, chasseurs-cueilleurs au sens strict, traditionnellement semi-nomades, les Twa se sont sédentarisés au cours du xx^e siècle [13,37]. Ils ont aujourd'hui un mode de subsistance diversifié mêlant chasse, pêche, cueillette et agriculture (plus rarement salariat). Dans la zone d'étude, les Twa vivent en relation étroite (échange de biens et de services) avec des agriculteurs-pêcheurs Ekonda. Ces derniers se considèrent plus généralement comme Mongo, un ensemble linguistique regroupant différents groupes des provinces d'Équateur et de Mai-Ndombe. Les Twa sont en quelque sorte intégrés sous forme de castes sociales dans le groupe Mongo [36,42]. Cette relation se caractérise par une forte relation de domination, voire de racisme, à l'encontre des Twa. Ils sont considérés comme inférieurs, sales, relégués au domaine de la forêt, du sauvage, même s'ils sont établis une grande partie de l'année le long des mêmes pistes que leurs voisins [11]. Le terme « Bantou » tel qu'utilisé localement désigne une diversité de communautés du grand groupe Mongo tirant historiquement leur subsistance de l'agriculture sur brûlis, de la chasse et/ou de la pêche en forêt

inondée et en rivière. Les appartenances ethnico-territoriales mongo reflètent l'histoire complexe de la zone et renvoient à des secteurs d'occupation aujourd'hui délimités administrativement (secteur des Ekonda, des Ntomba, etc.).

Causalités du mal et chaînes de contaminations

Récit biomédical : investigation et suivi des cas

Comme lors de nombreuses épidémies précédentes [20,33], l'origine animale de la première contamination de l'épidémie de Bikoro-Itipo n'a pas été réellement identifiée. Toutefois, malgré l'absence d'un « récit officiel » diffusé par les acteurs de la riposte au sujet des chaînes de contamination, l'hypothèse la plus partagée situe le cas index dans le village d'Ikoko-Impenge où a démarré la flambée épidémique.

L'infirmier-chef du centre de santé d'Ikoko (ci-après l'IC d'Ikoko), relate la survenue d'un nombre anormal de décès dans sa zone de santé dès le mois d'avril. Le 12 avril, une vieille femme du village très âgée, soi-disant 80 ans, présente les premiers symptômes d'une pathologie alors non clairement identifiée. Tandis que le coordinateur de la riposte à Itipo la décrit comme une « *vieille femme solitaire vivant de chasse et de cueillette* » (interview de l'IC d'Ikoko-Impenge, 12 juillet 2018), les infirmiers d'Ikoko-Impenge la dépeignent comme une chrétienne très sociable, ne fréquentant plus la forêt depuis des années. Plusieurs décès suspects ont eu lieu dans sa famille en janvier et février : elle perd son fils le 29 janvier après avoir développé des « *signes* (symptômes) *semblables à Ebola* » (*ibid.*), et un de ses petits-fils le 5 février, sans raison connue, après un séjour en forêt. La vieille femme décède le 26 avril et plusieurs personnes de son entourage tombent malades ou décèdent dans les jours suivants, suite à leurs visites à l'hôpital.

Le 30 avril, le médecin-chef de zone, basé à Itipo, se déplace à Ikoko-Impenge pour s'enquérir de la situation. Le 3 mai, suite à l'apparition de nouveaux cas, l'IC d'Ikoko alerte à nouveau le médecin-chef de zone. Ce dernier commence alors à sensibiliser sa hiérarchie. Le 5 mai, des agents de la division provinciale de la santé, de l'OMS et de MSF se rendent à Ikoko-Impenge : ils identifient trois cas symptomatiques sur place et identifient deux autres cas suspects. Sur les cinq prélèvements envoyés à l'INRB de Kinshasa, deux se révèlent positifs au virus Ebola.

Le 8 mai, le ministre de la Santé déclare l'épidémie d'Ebola dans la province de l'Équateur. Entre-temps d'autres foyers éclatent.

Deux semaines plus tôt, un petit-fils de la vieille femme, lui aussi malade, décide d'aller consulter un tradipraticien dans l'aire de santé voisine suite à l'insuccès des soins au centre de santé : il y décède, initiant un foyer dans cette zone. Le motocycliste qui l'a transporté développera également la maladie. Toujours fin avril, d'autres personnes en contact

avec la vieille femme sont référées à Bikoro. Au même moment, un homme originaire d'Iboko se rend à l'hôpital de Bikoro pour une échographie et est logé dans la même chambre qu'une des malades contaminées d'Ikoko-Impenge. Toutefois, ce n'est pas lui, mais son fils de six ans alors présent, qui contracte le virus. Suite aux premiers symptômes, l'enfant se fait soigner dans un village proche, y contaminant quelques personnes. Son état ne s'améliorant pas, l'enfant est emmené à moto au centre de santé d'Iboko où il contamine sa mère, le motocycliste et trois autres personnes.

Alors que certains malades se rapprochent des guérisseurs dits traditionnels ou de leurs pasteurs catholiques et protestants, que d'autres sont référés à Bikoro, certains préfèrent se rendre au centre de santé d'Itipo, géré par les Sœurs lazaristes, considérées localement comme prodiguant les meilleurs diagnostics et soins. C'est là qu'un patient d'Ikoko-Impenge contamine l'infirmier-chef d'Itipo. Il développe les premiers symptômes le 2 mai, contaminant ensuite son équipe et ses patients. Quasiment toutes les personnes contaminées à Itipo l'ont été suite à un contact avec cet infirmier, une partie par contact familial (mère, épouse, frère, belle-sœur, cousin, tante), l'autre par contact professionnel (trois infirmières, un prêtre lors de l'administration de l'extrême onction et un guérisseur). Il est donc intéressant de noter que deux centres de santé ont reçu la visite de cas confirmés postérieurement. Dans l'un (Ikoko-Impenge), le personnel de santé a été complètement épargné par la maladie, dans l'autre (Itipo), on observe un décès et trois cas confirmés guéris parmi le corps médical (sans compter tous les cas non liés à la fonction médicale). Selon l'IC d'Ikoko, le personnel du CSR d'Ikoko-Impenge aurait été épargné de toute contamination grâce à un consciencieux et régulier lavage de mains dès les premiers cas de maladies non identifiées.

L'infirmier d'Itipo est tout d'abord suspecté de paludisme. Il est hospitalisé à partir du 7 mai et décède deux jours plus tard. Dans la nuit, suspectant un cas de maladie à virus Ebola, une religieuse lazariste belge, également infirmière, appelle l'équipe de MSF-Suisse qui se trouve alors à Bikoro auprès des cas d'Ikoko-Impenge qui y étaient hospitalisés, l'épidémie venant d'être déclarée. Malheureusement, l'équipe de MSF n'arrive pas le lendemain, mais le surlendemain à Itipo. Entre-temps, une grande partie de la famille s'est contaminée en venant visiter la dépouille, lors du lavage du corps et de l'enterrement non sécurisé. Quelques heures avant sa mort, l'infirmier d'Itipo vomit sur le prêtre lazariste d'Itipo venu lui donner les derniers sacrements. Le prêtre développe la maladie quelques jours plus tard.

Modèles explicatifs locaux

Localement le modèle virologique, fondé sur un rigoureux suivi des contacts, coexiste parmi d'autres récits qui mettent spécifiquement en cause des personnes ou des comporte-

ments. L'un de ceux-ci nous est communiqué par ce prêtre catholique qui a survécu à la contamination. Contrairement au récit biomédical, le prêtre stipule que début avril, neuf décès recensés dans une même famille à Boyeka, à 4 km d'Itipo, feraient de ce village le foyer princeps de l'épidémie. Même s'il a été collecté auprès de plusieurs personnes, c'est le prêtre catholique qui fournit la version la plus détaillée de ce récit superposant causalité sorcellaire et logique biomédicale. Toutefois, selon le coordonnateur de la riposte, ces décès ne seraient pas liés à Ebola (absence d'anticorps sur quatre personnes testées) (Fig. 2).

• Le récit alliant attaque sorcellaire et vol de chanvre

Le coordonnateur de la riposte raconte qu'un policier de Boyeka arrêta un vieil homme Twa et qu'il lui confisqua, vraisemblablement à son propre profit, un paquet de cannabis destiné à la vente (cette région produit de grandes quantités de chanvre qui sont transportées par voie fluviale à destination des centres urbains de RDC). Le vieil homme en colère promit alors de jeter un sort sur ce policier, car l'argent de la vente lui permet habituellement de faire vivre sa famille. Suite au mauvais sort jeté par le vieil « autochtone », le policier décède. Deux personnes d'Ikoko-Impenge se rendent à Boyeka pour son enterrement et tombent malades. Ces deux personnes iront à leur retour créer un foyer épidémique à Ikoko-Impenge (où le récit officiel mentionne le possible cas index). Suite à l'enterrement, la mère du policier, sa grande sœur et d'autres personnes de son entourage décèdent. Les autres, malades, se seraient déplacés dans la région à la recherche d'un guérisseur pour connaître l'origine de la mort. Le pasteur protestant de cette famille décède également, ainsi que le pasteur twa qui aurait lavé son cadavre. Ce pasteur twa fut la dernière personne de cette série de décès à mourir à Boyeka.

• Le récit alliant consommation de viande et sorcellerie

Cette version se juxtapose avec un autre récit que fait le prêtre de l'émergence d'un foyer à Ikoko-Impenge, et mettant lui aussi en cause un « Pygmée » twa. Un chasseur twa serait décédé suite à la consommation d'un cadavre de gibier trouvé dans un piège. Le fait que ce chasseur, jusque-là en bonne santé, ait été le seul à mourir, sans signes annonciateurs, et que sa femme et ses enfants aient survécu, a permis d'évacuer une cause virologique au bénéfice de la validation d'une hypothèse sorcellaire. Cette dernière suit un modèle de narration assez récurrent en Afrique centrale et de l'Ouest [17,25]. On y raconte qu'un jeune homme d'Ikoko-Impenge voulant devenir riche est allé demander de l'aide à un devin-guérisseur. Ce dernier, en échange de la promesse de richesse à venir, demanda que soient sacrifiées 30 personnes. Le chasseur twa aurait fait partie de ces personnes sacrifiées.



Fig. 2 Façade d'une maison associant le message de prévention officiel sur Ebola et un dicton répandu en RDC sur les accusations de sorcellerie (Photo R. Duda) / *Façade of a house combining the official Ebola prevention message with a common saying in the DRC about accusations of witchcraft (Photo R. Duda)*

Il s'agit de fait d'un cannibalisme symbolique fondé sur la consommation de sang et de chair métaphorique.

Ces trois récits présentent à la fois des caractéristiques propres aux modèles de causalité locaux et au modèle virologique : on y observe une hybridation entre logiques épidémiologiques (contamination par le lavage du mort), l'implication d'une consommation de gibier retrouvé mort et la mise en cause de pratiques sorcellaires avec suspicion d'enrichissement.

- Les récits mettant en cause des mystiques locales

Dans le cas de la flambée épidémique à Itipo, et avant la mise en place des séances de sensibilisation (dont l'effet fut très progressif), les premiers modèles explicatifs mobilisés ont été liés au monde de l'invisible mystique. Ils faisaient appel à deux grands modes d'action sorcellaire répandus localement hors contexte Ebola : *mokpako* (pl. *bokpako*) et *bingetele* (en lingala). C'est essentiellement dans le cas de morts inexplicables que ces logiques d'accusation, de sorcellerie et la recherche de boucs émissaires priment sur la logique biomédicale.

Le premier correspond à une intervention de l'esprit des ancêtres décédés *bokpako*. Les décès résulteraient d'une décision prise par ces ancêtres dans l'univers des morts en forêt où ces derniers décident de punir certains membres de la communauté, généralement plusieurs membres d'une

même famille, suite à un conflit dans le monde des vivants, une suspicion d'enrichissement, une mauvaise action.

Bingetele est le nom d'une forme de sorcellerie que l'on assimile essentiellement aux Twa. Elle est utilisée pour tuer un ennemi grâce à un remède d'invisibilité. La rencontre avec l'invisible se passe systématiquement en forêt et prend la forme d'un combat. À l'aide de quatre ou cinq feuilles d'une plante spécifique nommée *matiti* (non dét.), carbonisée et mélangée à du sel végétal et de l'huile de palme, et appliquées sur des scarifications au niveau du poignet, l'individu croise son ennemi en forêt, le pointe du doigt et le fige ainsi comme une statue : celui-ci meurt quelques heures plus tard. Décrite comme plus douloureuse qu'une morsure de serpent, cette attaque entraîne une mort inévitable, à l'inverse des mauvais sorts *mpanzi*, plus courants, et dont on peut guérir. Selon un guéri d'Itipo, les infirmiers ont été les premiers accusés de sorcellerie (recourant au principe du *bingetele*), mais semblent avoir été innocentés dès qu'ils sont eux-mêmes tombés malades.

« Il y a plusieurs façons de faire mal, de tuer les gens. Une première fois vous êtes à la maison, vous dormez, avec votre épouse, on vient taper à la porte, mais c'est toi seul qui entends, et non l'épouse. Tu sors, on te maîtrise jusqu'à t'enlever la pointe de ta langue et dedans, on perfore avec une aiguille, et on te dit : 'le matin tu dois partir très tôt au champ, et là au champ, tu reçois une morsure de serpent. Tu tues ce serpent, tu le ramènes au village pour dire que voilà j'ai été

mordu par un serpent, on t'amène vite à l'hôpital, mais là, comme c'est de la sorcellerie : une piqûre [injection d'un traitement] suffit pour te faire éliminer». Ça, c'est une façon. L'autre façon : vous partez en forêt. Là, il y a des gens qui t'attendent et qui te poursuivent. Alors, on te maîtrise, ils t'attrapent. Vous êtes hypnotisé, alors on te fait boire l'acide ou quelque chose qui peut te tuer. Vous revenez au village pour mourir, mais quand vous trouvez un guérisseur, il peut te sauver en te donnant quelque chose, tu vas vomir et faire sortir cet acide. Mais le système inguérissable, c'est celui où l'on te coupe la langue. [...] Quelqu'un qui est mordu par un serpent on l'amène où ? À l'hôpital ! Pour être soigné, mais là une seule piqûre suffit pour déclarer votre mort.» (homme mongo, 35 ans, Itipo, 8 juillet 2018).

• Récits mystiques et église catholique

La diffusion de deux versions des faits par le prêtre catholique survivant (souhaitant même la relater dans un livre détaillant son histoire de victorieux martyr) sert les intérêts de son église par la mise en cause :

- de la sorcellerie, assimilée à Satan par l'Église catholique ;
- d'un village (Boyeka) possédant un centre de santé géré par les protestants et une église protestante ;
- de la culture et de l'usage du chanvre ;
- des pratiques mystiques traditionnelles des Twa.

En d'autres termes, un usage politique du malheur servant des intérêts personnels ou corporatistes, bien connus dans les précédentes épidémies [15,20].

L'implication puissante de l'Église catholique, déjà signalée, a été très fortement renforcée par l'emballement médiatique autour de la guérison du prêtre survivant, une forme de récupération politico-religieuse de la maladie. Bien plus que les autres survivants, nommés officiellement les « Vainqueurs », le prêtre est fréquemment présenté comme un héros, d'un autre type que les autres guéris, aidé par les médias, et par son nouveau surnom de « Père Courage », celui-ci semble endosser l'habit du martyr, jusqu'à accuser la population locale lors de ses offices ou lors de ses sensibilisations, d'avoir voulu le tuer, en lui ayant transmis le virus à force de croire à la sorcellerie, et de ne pas prier suffisamment.

- Récit conspirationniste et mise en accusation des « Blancs »

Le dernier type de récit collecté sur la causalité de l'épidémie considère qu'Ebola est une *maladie des Blancs*. La rapidité de la riposte, et donc la quasi-synchronicité entre multiplica-

tion des décès et intervention internationale, renforce l'idée que c'est celle-ci qui est venue propager le virus. Le virus aurait été importé par les organisations internationales dans le but d'effectuer du profit aux dépens des populations locales, le vaccin utilisé dans le cadre de la riposte servant à injecter le virus. On retrouve ici l'idée que la « piqûre » prodiguée par le personnel soignant soit l'agent contaminant entraînant la mort.

« Il y a des voisins qui n'ont pas voulu de la vaccination, ils ont fait fuir leurs enfants en forêt. Ils pensent qu'une fois vaccinés, le vaccin apporte la maladie, et quand ils sont malades on les envoie vite au CTE, et ils refusent d'aller là-bas. La seule façon de faire c'est de fuir. » (femme mongo, 43 ans, Itipo, 7 juillet 2018).

« Oui Ebola c'est la maladie des Blancs. Les Blancs qui viennent pour soigner Ebola viennent pour nous donner la maladie, car pour toutes les autres maladies les Blancs ne viennent pas, donc pourquoi seulement Ebola ? Il doit y avoir quelque chose pendant la vaccination. » (homme mongo, 60 ans, Bokondo Buna, 12 juillet 2018).

« Lui [un malade], on l'a délogé du CTE et on l'a soigné nous-mêmes, car les gens meurent dans les CTE » (homme twa, 42 ans, Itipo, 2 juillet 2018).

Pour d'autres, l'expression « *la maladie des Blancs* » renvoie davantage au fait que le virus – qui serait bien d'origine locale – sert toutefois des intérêts internationaux. L'arrivée en masse et rapide d'une pléthore d'organisations, souvent nommées « *les sociétés d'Ebola* », soulève localement des suspicions sur l'aspect lucratif plus qu'humanitaire de leur intervention. La manne financière ostensible (hélicoptère, véhicules, nourriture importée, *per diem* des équipes de réponse et des employés locaux), ainsi que les détournements d'argent, suspectés ou connus, renforcent l'idée d'un usage économique du malheur, où les plus vulnérables sont ceux qui en bénéficient le moins. « *Les partenaires ce sont eux les bénéficiaires, c'est grâce à ce virus que vous êtes là.* » (femme mongo, 43 ans, Itipo, 7 juillet 2018).

Cette situation de bénéfices et de suspicions crée paradoxalement des formes de jalousie : un habitant d'Itipo regrettant de ne pas avoir contracté la maladie, ou une femme du même village regrettant que son mari soit décédé d'une autre maladie la semaine précédant le début de l'épidémie, ne pouvant ainsi bénéficier d'aucun don ou aide. De même, un homme mongo d'Itipo déclare que « *les Twa n'ont pas eu la chance d'avoir des Vainqueurs (survivants) : ceux qui ont eu Ebola sont morts.* »

Les suspicions sur les intérêts cachés de la riposte entraînent également des accusations sur les guéris d'Ebola. Bien que valorisés par les acteurs de la riposte sous l'appellation (« vainqueurs » en évitant le terme

« guéris »), ils sont très souvent stigmatisés par les membres de leur communauté, car considérés comme dangereux, souillés, susceptibles de propager encore la maladie : concrètement, ils sont alors exclus de leur travail ou de leur logement par leur propriétaire sans compter le rejet par les voisins. Quand leurs affaires personnelles n'ont pas été brûlées par les équipes d'intervention (au début de l'épidémie), elles l'ont parfois été par les membres de leur propre famille. Ils sont parfois également perçus comme profitant de leur situation pour s'enrichir, matériellement ou mystiquement. Cela aboutit à des accusations de sorcellerie anthropophage ayant provoqué la mort de leurs proches à leur bénéfice personnel, la preuve étant qu'eux-mêmes ont survécu. Les guéris sont accusés de bénéficier financièrement et matériellement (dons) des retombées de leur maladie, via la présence des « partenaires ». Comme toutes suspensions d'enrichissement non redistribué, les accusations trouvent leur fondement dans la sorcellerie dont les guéris auraient usé, une situation déjà rapportée au décours des précédentes épidémies [9,23].

Face à ces différents récits, les actions de communication entreprises ont eu pour but de réduire l'influence des hypothèses dites « mystiques ». Toutefois, c'est semble-t-il surtout la multiplication des enterrements et des veillées de deuil qui a, selon de nombreux informateurs, permis aux adhérents des hypothèses *bokpako* ou *bingetele* de se ranger du côté de l'hypothèse biomédicale, ou du moins de nuancer les théories sorcellaires. « *Il y a eu des douteurs qui disaient qu'Ebola, c'était pas vrai, que vous êtes venus nous tromper [...]. Nous aussi, au début on ne savait pas que c'était vrai, jusqu'au moment où on a vu les cadavres.* » (homme mongo, 40 ans, Bokondo Buna, 12 juillet 2018).

« Au début, quand [l'infirmier-chef d'Itipo] est tombé malade, toute la population, l'entourage, a déclaré que c'était bingetele, mais lui n'est pas rentré dans la divination, un traitement de nganga (devin-guérisseur), car la Sœur les a empêchés. Mais l'entourage a dit qu'il n'était pas mort d'Ebola mais de bingetele. Les gens ont même accusé des personnes de son entourage, des collègues infirmiers, mais ils ont changé d'avis quand ces mêmes collègues sont tombés malades ! » (homme mongo, 55 ans, Itipo, 4 juillet 2018).

Discours sur l'origine animale et conséquences locales

Chasse et consommation de viande

Dans la province de l'Équateur, comme ailleurs, la viande d'animaux sauvages est consommée à l'échelle familiale ou revendue localement, parfois exportée vers les centres urbains les plus proches. L'expansion du commerce de

viande de brousse liée en partie à la croissance urbaine des villes, grandes consommatrices, a induit une réduction de l'abondance de certaines espèces animales en forêt, contribuant à la malnutrition dans les zones rurales.

Si toutes les communautés locales chassent, les Twa, les « PA », ont la réputation d'être de très bons chasseurs, employés comme tels, chassant pour leurs « patrons » et étant ainsi les principaux fournisseurs de viande sauvage localement, bien qu'ils possèdent rarement leur propre fusil. Leur mobilité quotidienne et saisonnière est supérieure aux autres communautés, certaines familles pouvant vivre dans des campements forestiers pendant plusieurs semaines ou mois à l'occasion de collectes de produits de la forêt, de chasse ou de pêche.

Les personnes interrogées, notamment les Twa, n'ont pas relevé de morbidité ou une mortalité inhabituelle parmi la faune sauvage en amont de l'épidémie : cependant, les préconisations diffusées par la riposte ont créé une inquiétude forte par rapport à la consommation de viande de brousse. Au niveau national, le discours sur l'évitement de la viande de brousse avait pourtant été nuancé. Le ministre de la Santé déclarait en mai 2018 qu'il n'y aurait pas d'interdiction de vente de viande de brousse dans la province de l'Équateur étant donné que le gibier n'est pas la principale source de contamination par laquelle le virus se répand. Toutefois, la coordination de la riposte à Itipo a fait le choix d'opter pour un positionnement plus sévère sur la question, demandant (du moins au début de l'épidémie) de ne plus consommer de viande sauvage, et même d'éviter les fruits sauvages de crainte qu'ils aient été en contact avec des chauves-souris ou d'autres animaux. D'autres mentionnent que le discours a été plus précis, mentionnant seulement d'éviter la consommation d'animaux retrouvés mort en forêt. Ce manque de clarté du discours a entraîné une relative confusion dans la compréhension des communautés et certainement accentué la méfiance envers le discours officiel. De plus, selon de nombreux informateurs, ce sont ces discours prohibitionnistes sur le gibier qui, en affectant une importante source d'alimentation et aussi de revenus, auraient poussé la population à chercher du travail auprès des organisations de la riposte en guise de compensation. Chaque matin, des dizaines d'habitants attendaient à l'entrée de la base-vie de la riposte pour espérer obtenir un travail à la journée (nettoyer, puiser de l'eau).

Selon certains informateurs, notamment les APS (agents de promotion de la santé), les Twa auraient considérablement réduit leurs activités de chasse dès le début de l'épidémie : nombreux seraient ceux ayant retiré l'ensemble de leurs pièges disposés en forêt, à la fois par peur d'être contaminés, révélant donc une certaine adhésion au modèle biomédical, mais aussi du fait de la difficulté de vendre ou d'échanger ce gibier. Cette proximité entre modèle et mesures de prévention biomédicale, caractérisée par l'évitement

des animaux morts, a déjà été relevée lors de l'épidémie de 2003 dans la Cuvette ouest du Congo qui concernait aussi des Autochtones (des « Pygmées » bakoya). « On [les Twa] ne chasse plus, car les chasseurs sortent avec le gibier, mais les baoto (patrons villageois) n'achètent plus notre viande. » (homme twa, 42 ans, Bebuna, 15 juillet 2018).

« Les chasseurs chassent moins depuis Ebola, on a peur de chasser, peur de manger. Les gens achètent, d'autres se réservent. » (homme mongo, 35 ans, Itipo, 6 juillet 2018).

Cependant, ces affirmations que les Twa, pourvoyeurs de gibier, ont arrêté de chasser pourraient être un discours produit pour satisfaire les intervenants prohibitionnistes de la réponse à l'épidémie et/ou pour éviter la répression par des autorités. D'autres sources nous apprennent que la consommation familiale semble continuer (chez les Twa surtout), mais rendue invisible, car le gibier n'est plus commercialisé, mais consommé directement en forêt.

Comme dans une grande partie du bassin du Congo, la densité de gibier de la zone d'Itipo/Bikoro s'est sans doute réduite dans les dernières décennies du fait de la demande grandissante des centres urbains comme Mbandaka ou Kinshasa. Il est alors probable que le niveau d'acceptation de la viande gâtée d'un gibier trouvé mort en forêt ait changé, augmentant le risque de consommer un animal contaminé. Cela, d'autant plus que dans le bassin du Congo, trouver un animal mort est généralement considéré comme un signe de chance, un don des ancêtres. Les personnes interrogées sur ce sujet relatent ainsi qu'avant l'épidémie le gibier retrouvé mort en forêt était fréquemment consommé. Certaines études montrent toutefois que le virus Ebola pourrait survivre jusqu'à sept jours après la mort de l'organisme [38].

On remarque la difficulté qu'on eut les acteurs de la riposte à tenir un discours clair sur le type de gibier à éviter en fonction des conditions dans lesquels ceux-ci sont trouvés en forêt. Concernant la chasse au fusil, les chasseurs précisent qu'ils peuvent facilement identifier lorsqu'un animal a un comportement anormal. C'est lorsqu'un animal est trouvé mort pris dans un piège à collet (la principale technique de chasse employée dans la zone) qu'émergent des doutes et que la communication sur le sujet a été floue.

La viande trouvée morte et puante est toutefois régulièrement ramenée au village. Après nettoyage et fumage, masquant le goût et l'odeur, elle a ainsi de fortes chances d'être réservée à la vente ou bien d'être consommée par le chasseur et sa famille en cas de pénurie. Quant aux animaux pris au piège, trouvés morts et ayant commencé à pourrir, ils sont le signe d'un mauvais travail du piégeur qui n'est pas passé relever ses pièges à temps, gaspillant ainsi ses prises.

Un discours pointant systématiquement du doigt la viande de brousse peut affecter négativement les Twa plus que les autres groupes, étant donné leur dépendance à la chasse en termes de moyens de subsistance monétaire et d'accès à leur principale source de protéines. La communication des risques devrait s'efforcer d'atténuer ce type de biais.

Perception locale des chauves-souris

Bien que leur rôle dans la transmission ne soit pas encore confirmé [33], trois espèces de chauves-souris frugivores sont, à l'heure actuelle, suspectées d'être le réservoir potentiel du virus Ebola, tout en étant porteuses saines : *Hypsignathus monstrosus*, *Epomops franqueti* et *Myonycteris torquata* [31]. Comme dans beaucoup de systèmes de classifications locales, ces animaux apparaissent dans la pensée locale comme difficiles à catégoriser : ce ne sont ni des oiseaux ni du gibier. Les populations de l'Équateur distinguent deux grands types de chauve-souris, une grande chauve-souris frugivore (*Pteropodidae*, non dét.), et d'autres plus petites, insectivores, qui ne sont pas consommées.

Les chauves-souris frugivores sont un mets apprécié. Elles sont chassées pour l'autoconsommation, mais aussi pour le bénéfice important obtenu à la vente. Une cartouche tirée dans un dortoir de *Pteropodidae* le soir au bord de l'eau lors des migrations annuelles permet d'en tuer parfois plusieurs dizaines en un coup. La chauve-souris est régulièrement vendue entre 500 et 1 000 francs congolais par le chasseur, puis revendue avec bénéfice sur les marchés des grandes villes (Mbandaka, Kisangani ou Kinshasa [39]). Elles sont chassées au fusil ou plus rarement en posant un filet entre deux arbres. Les personnes interrogées connaissent très bien les arbres dans lesquels les chauves-souris frugivores se nourrissent, il s'agit essentiellement du safoutier, du parasolier et du manguier (rural et urbain). Les palmiers à huile sont également une importante source de nourriture, et les anciennes plantations dont les fruits sont désormais inaccessibles à l'homme semblent être devenues des points de halte nourricière privilégiés lors des migrations de ces espèces [32]. Par ailleurs, on peut imaginer que la difficulté croissante de trouver des mammifères terrestres ait pu augmenter la pression de chasse sur les chauves-souris.

Les entretiens montrent une connaissance relativement faible, ou en tout cas très variable, des migrations saisonnières de ces espèces. Certains chasseurs ont noté la présence de chauves-souris frugivores dans la zone d'Itipo en mars et avril 2018, au moment des plus hautes pluies, coïncidant avec l'émergence de l'épidémie. Selon les Twa d'Itipo, ces chauves-souris se réfugient autour du lac Tumba, à proximité de Bikoro, lors des périodes plus sèches (décembre-février), faisant des allers-retours entre la zone du lac Tumba, le fleuve Congo et les zones de forêts denses.

Discussion

L'épidémie d'Ebola survenue dans la province de l'Équateur de mai à juillet 2018 a été marquée par la rapidité de la réponse du gouvernement congolais, de l'OMS et des autres organisations mobilisées. La promotion et le renforcement des mesures d'hygiène, le suivi des contacts, l'isolement des malades, la mise en place d'enterrements sécurisés, la sensibilisation–mobilisation générique et ciblée, et l'usage du vaccin expérimental rVSV-ZEBOV à titre compassionnel (vaccination en ceinture) ont été mis en avant comme les « piliers » de la réponse à cette épidémie, même si l'enclavement naturel des foyers épidémiques a sans doute joué un rôle fort dans la faible dispersion de l'épidémie. Toutefois, ce « succès » ne doit pas occulter le rapport de force systématique qui se crée entre l'interventionnisme biomédical et les usages locaux et la parole populaire.

Cette épidémie a mis en évidence les mêmes schémas de narration et oppositions de discours que dans les précédentes [15,17,20,21,27,43]. La recherche rapide d'une causalité d'un tel événement fait naître une multitude de récits, jamais vraiment autonomes et s'hybridant souvent en fonction des intérêts de chaque individu et de chaque communauté. La lecture du malheur à travers les sémiologies et nosologies locales classiques (sorcellerie, mauvais sorts, actions d'ancêtres, d'esprits ou malfaisants ou d'ennemis, rupture d'interdits, volonté divine, etc.) fait ainsi relativiser l'« exceptionnalité » de la crise, perçue pourtant comme telle par les intervenants extérieurs [21].

Localement, les représentations des maladies diffèrent du modèle biomédical, bien que les causes biomédicales puissent être confondues avec des origines mystiques [4]. Les modes de traitement et de prise en charge du malade sont par conséquent indissociables de la recherche d'un coupable et de sa nature, notamment pour les malades ou les décès touchant les personnes précédemment en bonne santé. En cela, les guérisseurs traditionnels et les religieux chrétiens de toutes obédiences prônant la guérison par la prière ont une place centrale dans les itinéraires diagnostiques et thérapeutiques locaux, et leur contact quotidien avec les malades est à prendre en compte.

S'il s'agit d'un phénomène classique face à l'irruption de la mort, les variations dans les modèles de causalité, ainsi que leur hybridation, doivent néanmoins être analysées dans toute leur complexité afin de saisir la manière dont les discours communs et savants s'approprient l'événement. Au-delà d'apporter une meilleure compréhension du rapport à la maladie et au malheur, ce genre d'analyse permet d'éclairer le fonctionnement de la société dans toute sa diversité, mettant en évidence les points de tension, les conflits, les intérêts politiques et religieux et les formes de discrimination existantes. Au-delà de comprendre les causes énoncées, il est

nécessaire de saisir en quoi les rapports de savoir et de pouvoir qui s'exercent lors d'une riposte peuvent aussi d'une certaine manière perpétuer des inégalités passées dans le cadre d'une violence structurelle [6,43].

Conclusion

Si les épidémies passent et se ressemblent en certains points, peu de publications se sont attachées à décrire dans le détail les récits circulant sur les causes de la maladie, ainsi que la manière dont le modèle virologique coexiste parmi d'autres modèles explicatifs [14,17]. Cela est d'autant plus vrai pour cette neuvième épidémie d'Ebola en RDC qui n'a pas fait l'objet d'étude de terrain publiée en sciences sociales, sauf celles d'Alcayna-Stevens et Alcayna-Stevens et Bedford [3-5]. Ces récits sont pourtant essentiels pour adapter les efforts de réponse et améliorer l'engagement communautaire. Dans ce contexte, une vision purement biomédicale de l'épidémie est réductrice autant qu'une vision purement culturaliste [29,40]. En effet, les modèles de causalité invoqués par les acteurs internationaux et les populations locales (dont les « traditions », rituels, pratiques de chasse sont souvent pointés du doigt) ne doivent pas faire oublier les principales causes du développement d'épidémies en RDC (et de la difficulté de les juguler), à savoir les défaillances ou la quasi-absence d'un système de santé de qualité, les problèmes politiques et le niveau de pauvreté, parfois accentués par des conflits interethniques ou des guerres civiles, tel que l'a montré la dixième épidémie de RDC au Nord Kivu/Ituri.

Remerciements Je remercie Alain Epelboin (CNRS–MNHN) pour sa formation continue à l'anthropologie médicale appliquée au développement et à la réponse aux épidémies d'Ebola, et pour son assistance à distance lors de ce terrain d'enquête. Je remercie également Tamara Giles-Vernick (Institut Pasteur), Camille Besombes (Institut Pasteur) et Lys Alcayna-Stevens pour leur relecture des premières versions de cet article. Mes remerciements vont également à l'attention des psychologues Olea Balayulu, Corneille Lokuli et Valérie Chanfreau avec qui j'ai fait équipe lors de cette mission à Itipo. Enfin, cette étude n'aurait pas été possible sans la confiance de Solenne Barbe et de toute l'équipe d'ALIMA en amont de mon déploiement et sur place. Je remercie également tous les participants à cette étude, habitants d'Itipo et environs, anciens patients, familles endeuillées, personnels soignants et membres d'ONG pour m'avoir accordé un peu de leur temps.

Liens d'intérêts : L'auteur déclare ne pas avoir de liens d'intérêts.

Références

- Abramowitz SA, McLean KE, McKune SL, et al (2015) Community-centered responses to Ebola in urban Liberia: the view from below. *PLoS Negl Trop Dis* 9:e0003706. doi: 10.1371/journal.pntd.0003706. Erratum in: *PLoS Negl Trop Dis*. 2015 May; 9:e0003767. PMID: 25856072; PMCID: PMC4391876
- Abramowitz S (2017) Epidemics (Especially Ebola). *Ann Rev Anthropol* 46:421–45. doi: 10.1146/annurev-anthro-102116-041616
- Alcayna-Stevens L (2018) Planning for post-Ebola: lessons learned from DR Congo's 9th epidemic. *Communication for Development, UNICEF, New York*, 48 p
- Alcayna-Stevens L, Bedford J, Social Science in Humanitarian Action Platform (2018) Key considerations: health beliefs and health seeking behaviours, Equateur Province, DRC. *F1000Research*, 7:1162, 10.7490/f1000research.1115855.1
- Alcayna-Stevens L, Bedford J, Social Science in Humanitarian Action Platform (2018) Considérations clés : le contexte de la province de l'Équateur, RDC. *F1000 Research* 2018, 7:1022, 10.7490/f1000research.1115774.1
- Bardosh K (2016) One health: science, politics and zoonotic disease in Africa. Routledge, London, UK, 260 p
- Benoist J, Desclaux A (1996) Anthropologie et sida. Bilan et perspectives. Ed. Karthala, Paris, 380 p
- Boumandouki P, Formenty P, Epelboin A, et al (2005) Prise en charge des malades et des défunts lors de l'épidémie d'Ebola d'octobre-décembre 2003 au Congo. *Bull Soc Pathol Exot* 98:218–23. PMID: 16267964 [https://pathexo.societe-mts.fr/documents/articles-bull/T98-3-2770-6p.pdf]
- Brunnquell F, Epelboin A, Formenty P (2007) Ebola, c'est pas une maladie pour rire (Congo), film 51 min 28, Prod. CAPA. [En ligne], consulté le 3 août 2018. URL : https://www.canalutv/video/smm/ebola_ce_n_est_pas_une_maladie_pour_rire.13710
- Desclaux A, Anoko J (2017) L'anthropologie engagée dans la lutte contre Ebola (2014–2016) : approches, contributions et nouvelles questions. *Santé Publique* 29:477–485. doi: 10.3917/spub.174.0477. PMID: 29034663
- Duda R, Alcayna-Stevens L, Bedford J, Social Science in Humanitarian Action (2018) Platform Engaging Twa communities in Equateur Province, DRC. *F 1000 Research* 7:982 10.7490/f1000research.1115740.1
- Duda R (2018) Approche anthropologique de l'épidémie d'Ebola à Itipo, province de l'Équateur, RDC. Rapport de mission. ALIMA. Juin-juillet 2018. 45 p
- Elshout P (1963) Les Batwa des Ekonda. Musée royal de l'Afrique centrale. Tervuren, Belgique, Archives d'Ethnographie, 65 p
- Epelboin A, Formenty P, Bahuchet S (2003) Du virus au sorcier. Approche anthropologique de l'épidémie de fièvre hémorragique à virus Ebola (district de Kellé, Cuvette ouest, février 2003, Congo). *Canopée* 24:5–6
- Epelboin A, Formenty P, Anoko J, Allarangar Y (2008) Humanisations et consentements éclairés des personnes et des populations lors des réponses aux épidémies de FHV en Afrique centrale (2003–2008). In: Mesures de contrôle des infections et droits individuels : un dilemme éthique pour le personnel médical. In *Humanitarian Stakes n° 1*. Septembre. pp 25–37 [28–40]
- Epelboin A (2009) L'anthropologue dans la réponse aux épidémies : science, savoir-faire ou placebo ? *Bulletin Amades* [En ligne], 78, mis en ligne le 1^{er} septembre 2010, Consulté le 3 juillet 2020. URL : http://amades.revues.org/index1060.html
- Epelboin A (2012) Rapport de mission anthropologique sur l'épidémie d'Ebola : Isiro, RD Congo, 4 au 30 septembre 2012. Rapport OMS, 55 p
- Epelboin A (2012) Fierté pygmée et « pygmitude » : racismes et discriminations positives. *Journal des africanistes*, 82–1/2 [En ligne], 11, consulté le 36 décembre 2018. URL http://journals.openedition.org/africanistes/4280
- Epelboin A, Odugleh-Kolev A, Formenty P (2012) Contribution de l'anthropologie médicale à la lutte contre les épidémies de fièvres hémorragiques à virus Ebola et Marburg. In: *Épidémies de fièvres hémorragiques à virus Ebola et Marburg : préparation, alerte, lutte et évaluation, WHO/HSE/GAR/BDP: 7–93*
- Epelboin A (2014) Approche anthropologique de l'épidémie de FHV Ebola 2014 en Guinée Conakry. [Rapport de recherche] OMS, pp 34
- Faye SL (2015) L'« exceptionnalité » d'Ebola et les « réticences » populaires en Guinée Conakry. *Réflexions à partir d'une approche d'anthropologie symétrique, Anthropologie & Santé* [Online], 11. Consulté en ligne le 15 février 2020. URL : http://journals.openedition.org/anthropologiesante/1796
- Fairhead J (2016) Understanding social resistance to the Ebola response in the forest region of the Republic of Guinea: an anthropological perspective. *Afr Stud Rev* 59(3):7-31
- Formenty P, Epelboin A, Allarangar Y, et al (2005) Séminaire de formation des formateurs et d'analyse des épidémies de fièvre hémorragique due au virus Ebola en Afrique centrale de 2001 à 2003. (Brazzaville, République du Congo, 6–8 avril 2004). *Bull Soc Pathol Exot* 98:244–54
- Fribault M (2015) Ebola en Guinée : violences historiques et régimes de doute, *Anthropologie & Santé* [En ligne], 11, consulté le 27 juin 2020. URL : http://journals.openedition.org/anthropologiesante/1761
- Geschiere P (1995) Sorcellerie et politique en Afrique. La viande des autres. Éditions Karthala, Paris, 303 p
- Hewlett BS, Amola RP (2003) Cultural contexts of Ebola in Northern Uganda. *Emerg Infect Dis* 9:1242–8. doi: 10.3201/eid0910.020493. PMID: 14609458; PMCID: PMC3033100
- Hewlett BS, Epelboin A, Hewlett BL, Formenty P (2005) Anthropologie médicale et fièvre Ebola au Congo : modèles culturels et soins humanistes. *Bull Soc Pathol Exot* 98:230–6. PMID: 16267966 [https://pathexo.societe-mts.fr/documents/articles-bull/T98-3-2761-2-7p.pdf]
- Janes CR, Corbett KK, Jones JH, Trostle J (2012) Emerging infectious diseases: the role of social sciences. *Lancet* 380:1884–6. doi: 10.1016/S0140-6736(12)61725-5. PMID: 23200487
- Jones J (2011) Ebola, emerging: the limitations of culturalist discourses in epidemiology. Consulté le 27 avril 2020. URL : http://www.ghjournal.org/ebola-emerging-the-limitationsof-culturalist-discourses-in-epidemiology/
- Leach M (2020) Echoes of Ebola: social and political warnings for the Covid-19 response in African settings. *Somatosphere*, 6 mars 2020. Consulté en ligne le 2 juin 2020. URL : http://somatosphere.net/forumpost/echoes-of-ebola/
- Leroy EM, Kumulungui B, Pourrut X, et al (2005) Fruit bats as reservoirs of Ebola virus. *Nature* 438:575–6. doi: 10.1038/438575a. PMID: 16319873
- Leroy EM, Epelboin A, Mondonge V, et al (2009) Human Ebola outbreak resulting from direct exposure to fruit bats in Luebo, Democratic Republic of Congo, 2007. *Vector Borne Zoonotic Dis* 9:723–8. doi: 10.1089/vbz.2008.0167. PMID: 19323614
- Mbala-Kingebeni P (2019) Virus Ebola à l'interface homme-faune sauvage et réservoir animal des virus Ebola en République démocratique du Congo. *Sciences agricoles*. Université de Montpellier, 2019. Consulté en ligne le 15 février 2020. URL : https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-02479442/document

34. Moulin, AM (2015) L'anthropologie au défi de l'Ebola, *Anthropologie & Santé* [En ligne], 11, consulté le 27 juin 2020. URL : <http://journals.openedition.org/anthropologiesante/1954>
35. OMS (2014) Flambées épidémiques de maladie à virus Ebola et Marburg : préparation, alerte, lutte et évaluation. Organisation mondiale de la santé, 122 p
36. Pagezy H (1995) De l'adaptation nutritionnelle à la malnutrition. In: Devisch R, De Boeck F, Jonckers D (eds), *Alimentations, traditions et développements en Afrique intertropicale*. L'Harmattan, Paris, pp 272–303
37. Pagezy H (2013) Biodiversité et équilibre du régime alimentaire. Le cas des Ntomba de la forêt inondée (Cuvette centrale, République démocratique du Congo). *Revue d'ethnoécologie*. doi: 10.4000/ethnoecologie.1424
38. Prescott J, Bushmaker T, Fischer R, et al (2015) Post-mortem stability of Ebola virus. *Emerg Infect Dis* 21:856–9. doi: 10.3201/eid2105.150041
39. Radio Okapi (2018) Le marché de Kisangani inondé de chauve-souris, article du 25/06/2018 [en ligne], consulté le 10 octobre 2020. URL: <https://www.radiookapi.net/2018/06/25/actualite/societe/le-marche-de-kisangani-inonde-de-chauve-souris-un-des-reservoirs-debola>
40. Richardson ET, Barrie MB, Kelly JD, et al (2016) Biosocial approaches to the 2013–2016 Ebola pandemic. *Health Hum Rights* 18:115–28. PMID: 27781004; PMCID: PMC5070685
41. Robillard M, Bahuchet S (2012) Les pygmées et les autres : terminologie, catégorie et politique. *J Soc Afr* 82:15–51
42. Sulzmann E (1986) Batwaund Baoto, die Symbiose von Wildbeutern und Pflanzern bei den Ekondaund Bolia (Zaire). *Sprache und Geschichte in Afrika* 7:369–89
43. Thys S, Boelaert M (2017) Sur l'origine d'Ebola : discours biomédical versus interprétations populaires à Macenta en Guinée. *Santé publique* 29:497–507. doi: 10.3917/spub.174.0497. PMID: 29034665
44. Wilkinson A, Leach M (2014) Briefing: Ebola myths, realities, and structural violence. *Afr Aff* 114:136–48