HAL open science

Maladie à virus Ebola et santé mentale chez les communautés affectées en République démocratique du Congo : données empiriques et implications cliniques

Oléa Balayulu Makila

▶ **To cite this version:**

Oléa Balayulu Makila. Maladie à virus Ebola et santé mentale chez les communautés affectées en République démocratique du Congo : données empiriques et implications cliniques. Psychologie. Université Bourgogne Franche-Comté; Université de Kinshasa, 2023. Français. ⟨NNT : 2023UBFCH017⟩. ⟨tel-04352794⟩

HAL Id: tel-04352794

https://theses.hal.science/tel-04352794v1

Submitted on 19 Dec 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.

Autorisation HAL

HAL Authorization

Université de Bourgogne Franche-Comté
Ecole Doctorale SEPT : Sociétés, Espaces, Pratiques, Temps
U.F.R. Sciences Humaines Laboratoire de Psychologie PSY-DREPI Dynamiques Relationnelles et Processus Identitaires (EA 7458)

MALADIE A VIRUS EBOLA ET SANTE MENTALE CHEZ LES COMMUNAUTES AFFECTEES EN REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO.

Données empiriques et implications cliniques

Doctorat de Psychologie, Spécialité : Psychologie clinique et Psychopathologie

Thèse présentée et soutenue publiquement par

Oléa BALAYULU MAKILA

à Dijon, le 19/06/2023

Sous la Direction des Professeurs Daniel DERIVOIS et Jude-Mary CENAT

Jury :

- Pr Yoram MOUCHENIK, Université Paris 13, Président du Jury
- Pr Mélissa ROY, Université de Québec à Montréal, Rapporteure
- M. Charlemagne MOUKOUTA, MCF-HDR Université Jules Picardie, Rapporteur
- Mme Anne MASSELIN DUBOIS, MCF, Université de Bourgogne Franche-Comté, Invitée
- Pr Jacqueline BUKAKA BUNTANGU, Université de Kinshasa, Examinatrice
- Pr Jean-Jacques MUYEMBE TAMFUM, Université de Kinshasa, Invité
- Pr Daniel DERIVOIS, Université de Bourgogne Franche-Comté, Directeur de thèse
- Pr Jude Mary CENAT, Université d'Ottawa, Co-directeur de thèse

SOMMAIRE

SOMMAIRE 2
RESUME 3
ABSTRACT 5
REMERCIEMENTS 7
ABREVIATIONS, SIGLES ET ACRONYMES 8
INTRODUCTION 1
PREMIERE PARTIE : 15
CONTEXTE SOCIETAL ET SANITAIRE 15
CHAPITRE I. CONTEXTE SOCIETAL ET SANITAIRE DES ZONES TOUCHEES PAR LE VIRUS EBOLA EN REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO 16
CHAPITRE II. CADRE CONCEPTUEL 36
METHODOLOGIE 51
CHAPITRE III : 52
CADRE METHODOLOGIQUE 52
TROISIEME PARTIE : 63
RESULTATS ET DISCUSSION 63
CHAPITRE IV : 64
RESULTATS QUANTITATIFS DES VICTIMES DE LA MVE 64
CHAPITRE V : 78
RESULTATS DES DONNEES QUALITATIVES 78
CHAPITRE VI : DISCUSSION DES RESULTATS 129
CONCLUSIONS 144
BIBLIOGRAPHIE 154
Annexes 168
TABLE DES MATIÈRES 343

RESUME

Dans le domaine de la santé mentale, les épidémies des maladies organiques, incluant la Maladie à Virus Ebola (MVE), ont des liens de comorbidité avec les problèmes et/ou affections psychologiques. La MVE est liée à des symptômes physiques qui sont vécus difficilement par les personnes infectées : diarrhée, hémorragie, maux de tête, difficultés respiratoires, fièvre, etc. Dans les zones touchées, la MVE a une mortalité très élevée parmi les personnes infectées (50 à 90 %). Les individus affectés sont confrontés à l'anxiété, aux stress et traumatismes dus « à la mort et/ou à la menace de mort » résultant du risque permanent de la contagiosité d'un virus très virulent et aux conditions d'hospitalisation marquées par l'isolement. La MVE laisse des séquelles physiques chez les survivants. La MVE a des conséquences sociales et crée de la stigmatisation. Tous ces enjeux peuvent affecter la santé mentale.

Les objectifs de cette recherche sont donc d'évaluer les conséquences de l'épidémie de la MVE sur la santé mentale des communautés affectées avec des outils scientifiquement rigoureux et de décrire l'expérience subjective des personnes affectées et des survivants.

La recherche a recouru à une étude mixte à la fois quantitative et qualitative. L'étude quantitative a été menée sur un échantillon représentatif composé de 2 872 participants âgés de 8 à 85 ans, dont 1614 adultes et 1258 enfants et adolescents. L'âge des participants adultes varie entre 18 et 85 ans, avec un âge moyen de 34,05 ans (ET = 12,55). L'échantillon des participants adultes comprend 50% des femmes. L'âge des enfants et adolescents varie entre 8 et 17 ans, pour un âge moyen de 14,04 années (ET = 2,23). L'échantillon des participants enfants et adolescents inclut 50,3% des filles. La détresse péri-traumatique (Inventaire de la détresse péri-traumatique, $\alpha = 0.80$), la détresse psychologique chez les enfants et adolescents (Echelle de dépistage de la détresse psychologique K10, $\alpha = 0.90$), la détresse psychologique chez les adultes (GHQ 12, $\alpha = 0.83$), le degré d'exposition à la MVE (Echelle d'exposition à la MVE, $\alpha = 0.92$), la stigmatisation liée à la MVE (Questionnaire de stigmatisation, $\alpha = 0.97$), le soutien perçu (Echelle multidimensionnelle du soutien perçu, $\alpha = 0.88$) et l'adaptation religieuse (Brief-R COPE, $\alpha = 0.77$) ont été évalués. Des analyses descriptives et des analyses multivariées ont été conduites afin d'examiner la prévalence et les facteurs de risque et de protection associés aux problèmes de santé mentale. L'étude qualitative a recouru à un échantillon de 27 participants. Des entretiens duels ont été réalisés et des analyses qualitatives ont été conduites selon l'approche de la phénoménologie descriptive de Giorgi.

Les résultats de l'étude quantitative révèlent qu'au sein de la population adulte, la prévalence de la détresse péri-traumatique est de 46%. Cette prévalence de la DPT varie significativement en fonction du niveau d'études, du statut matrimonial, du lieu de résidence (ville ou village) et selon qu'on exerce ou non une activité professionnelle. L'exposition à la MVE ($\beta = 0.09$; $p.< 0.01$), la stigmatisation ($\beta = 0.09$; $p.< 0.01$) et le coping religieux positif ($\beta = 0.19$; $p.< 0.01$) affectent de manière significative et positive la détresse péri-traumatique chez les personnes adultes affectées et survivantes de la MVE. En outre, au sein de la même population adulte, l'état

de santé mentale générale associée à la MVE varie significativement selon le niveau d'études, l'état matrimonial, le milieu d'habitation et l'occupation professionnelle. La stigmatisation résultant de l'épidémie de la MVE ($\beta = 0.40$; $p.< 0.01$) et le coping religieux positif ($\beta = 0.11$; $p.< 0.01$) augmentent les probabilités des personnes adultes affectées et survivantes de développer la détresse psychologique.

Chez les enfants et adolescents affectés et survivants de la MVE, la prévalence de la détresse péri-traumatique est de 50%. Cette prévalence de la DPT chez les enfants et adolescents varie significativement en fonction du milieu de vie (ville ou village), du niveau d'études, de la scolarité des parents, du statut matrimonial et vital des parents, et selon que les parents exercent ou non une activité professionnelle. La détresse psychologique varie selon les tranches d'âge des enfants, leur milieu de vie, leur résidence, la situation matrimoniale et vitale des parents, le niveau de scolarité des parents et selon que les parents travaillent ou non. La stigmatisation liée à la MVE ($\beta = 0.226$; $p.< 0.01$) et les stratégies de coping religieux ($\beta = 0.113$; $p.< 0.01$) affectent positivement la DPT chez les enfants et adolescents. En outre, la détresse psychologique chez les enfants et adolescents affectés et survivants est positivement associée à la stigmatisation liée à la MVE ($\beta = 0.498$; $p.< 0.01$).

S'agissant de l'étude qualitative, les résultats révèlent huit grands problèmes de santé mentale. Primo, les personnes affectées vivent l'épidémie de la MVE comme un évènement traumatisant leur psychisme. Secundo, elles vivent les effets de la MVE sous un choc émotionnel et affectif intense. Tertio, certaines se culpabilisent fortement d'être affectées par cette maladie d'exclusion sociale, honteuse et mortelle. Quarto, la majorité rapportent une expression corporelle perturbée. Quinto, d'autres mènent une vie mentale imaginaire et conflictuelle avec parfois des manifestations inconscientes de façon permanente dans tous les petits actes et faits quotidiens, même ceux qui semblent les plus insignifiants. Sexto, toutes les personnes affectées vivent une angoisse de mort très élevée. Septimo, elles vivent une relation communautaire stigmatisante et douloureuse. Octavo, certaines finissent avec une décompensation psychologique (break down).

Les résultats obtenus dans cette recherche ont comblé d'importantes lacunes dans les connaissances empiriques concernant la santé mentale des personnes affectées (toutes catégories confondues : enfants, adolescents, adultes) de l'épidémie de la MVE et ont jeté des bases solides pour les futures recherches dans le domaine. Ces résultats obtenus permettent de conclure que la MVE provoque des problèmes réels de santé mentale, perturbant le bien-être psychologique et sociale, susceptibles d'entraver les activités de riposte.

Mots clés : MVE, santé mentale, traumatisme, vécu subjectif

ABSTRACT

In the field of mental health, epidemics of organic diseases, including Ebola Virus Disease (EVD), have co-morbid links with psychological problems and/or conditions. EVD is associated with physical symptoms that are experienced with difficulty by those infected: diarrhoea, haemorrhage, headaches, breathing difficulties, fever, etc. In affected areas, EVM has a very high mortality rate among infected people (50-90%). Affected individuals face anxiety, stress and trauma due to "death and/or the threat of death" resulting from the constant risk of contagiousness of a highly virulent virus and hospitalization conditions marked by isolation. EVM leaves physical scars on survivors. EVM has social consequences and creates stigma. All these issues can affect mental health.

The objectives of this research are therefore to assess the consequences of the EVD epidemic on the mental health of affected communities with scientifically rigorous tools and to describe the subjective experience of affected people and survivors.

The research used both a quantitative and qualitative mixed-methods study. The quantitative study was conducted on a representative sample of 2,872 participants aged between 8 and 85 years, including 1,614 adults and 1,258 children and adolescents. The age of the adult participants ranged from 18 to 85 years, with a mean age of 34.05 years (SD = 12.55). The sample of adult participants was 50% female. The age of the children and adolescents ranged from 8 to 17 years, with a mean age of 14.04 years (SD = 2.23). The sample of child and adolescent participants included 50.3% girls. Peri-traumatic distress (Peri-traumatic Distress Inventory, α= .80), psychological distress in children and adolescents (K10 Psychological Distress Scale, α= .90), psychological distress in adults (GHQ 12, α= .83), EVM exposure (EVM Exposure Scale, α= .92), EVM-related stigma (Stigma Questionnaire, = 0.97), perceived support (Multidimensional Scale of Perceived Support, α= .88) and religious coping (Brief-R COPE, α= .77) were assessed. Descriptive and multivariate analyses were conducted to examine the prevalence and risk and protective factors associated with mental health problems. The qualitative study used a sample of 27 participants. Paired interviews were conducted and qualitative analyses were conducted using Giorgi's descriptive phenomenology approach.

The results of the quantitative study reveal that within the adult population, the prevalence of peri-traumatic distress is 46%. This prevalence of PTD varies significantly according to education level, marital status, place of residence (city or village) and whether or not one is professionally active. Exposure to EVM (β= .09; p. .01), stigma (β= .09; p. .01) and positive religious coping (β= .19; p. .01) significantly and positively affect peri-traumatic distress in adult EVM affected and survivors. In addition, within the same adult population, general mental health status associated with EVD varied significantly by education, marital status, living arrangement and occupation. Stigma resulting from the EVD epidemic (β = .40; p. .01) and positive religious

coping (β= .11; p. .01) increase the likelihood of affected and surviving adults developing psychological distress.

Among affected and surviving children and adolescents of the EVM, the prevalence of peri-traumatic distress is 50%. The prevalence of PTD in children and adolescents varies significantly according to the living environment (city or village), the level of education, the parents' schooling, the parents' marital and living status, and whether or not the parents have a job. Psychological distress varies according to the age of the children, their living environment, their residence, the marital and living status of the parents, the parents' level of education and whether or not the parents work. EVM-related stigma (β = .226; p. .01) and religious coping strategies (β = .113; p. .01) positively affected TPD in children and adolescents. In addition, psychological distress among affected and surviving children and adolescents was positively associated with EVM-related stigma (β = .498; p. .01).

With regard to the qualitative study, the results reveal eight major mental health issues. Firstly, the affected people experience the EVD epidemic as a traumatic event for their psyches. Secondly, they experience the effects of the EVD as an intense emotional and affective shock. Thirdly, some of them feel very guilty about being affected by this shameful and deadly disease of social exclusion. Fourthly, the majority report a disturbed body expression. Fifthly, others lead an imaginary and conflicting mental life, sometimes with permanent unconscious manifestations in all the small daily acts and facts, even those that seem the most insignificant. Sexto, all affected persons experience a very high death anxiety. Septimo, they experience a stigmatising and painful community relationship. Octavo, some of them end up with a psychological decompensation (break down).

The results obtained in this research have filled important gaps in empirical knowledge about the mental health of those affected (all categories: children, adolescents, adults) by the MVE epidemic and have laid a solid foundation for future research in the field. These findings lead to the conclusion that EVM causes real mental health problems, disrupting psychological and social wellbeing, which may hamper response activities.

Key words: EVM, mental health, trauma, subjective experience

REMERCIEMENTS

Ce travail de recherche n'aurait été possible sans la contribution de précieux collaborateurs que nous tenons à remercier personnellement. Parmi ceux-ci, les victimes de l'épidémie de la Maladie à Virus Ebola qui, malgré les réactions et symptômes envahissants du virus, ont donné généreusement de leur temps et de leur énergie pour contribuer à l'élaboration de l'échantillonnage et ainsi permettre de mieux comprendre leurs difficultés afin de mieux leur venir en aide. Nos remerciements s'adressent aussi :

Au Professeur Daniel DERIVOIS, qui nous a fait l'honneur de diriger ce travail. Vous êtes le premier Professeur à diriger une thèse dans le domaine de santé mentale mettant en lien le virus le plus virulent du monde : Ebola et la santé mentale de ses victimes. Soyez assuré de nos sincères sentiments de sympathie et veuillez trouver dans ce travail l'expression de notre profonde reconnaissance.

Au Professeur Jude Mary CENAT, co-directeur de cette thèse, au regard du travail abattu pour nous guider, dans nos recherches. Vous avez su montrer l'intérêt de la rigueur dont vous avez toujours fait preuve, et ce, chaque jour durant les séances de travail. Veuillez trouver ici l'expression de notre profonde gratitude.

A la Professeure Jacqueline BUKAKA, pour avoir accepté de continuer de co-diriger la présente recherche dans l'ombre en dépit de vos multiples préoccupations. Soyez rassuré de notre plus grande admiration et trouvez dans ce travail l'expression de nos sentiments de gratitude pour tout ce que vous nous avez apporté.

Au Professeur Jean-Jacques Muyembe Tamfum, juge de ce travail et à qui il a plu de nous témoigner de sa diligence par des conseils, et des enseignements pratiques de lutte contre l'épidémie de la maladie à virus Ebola. Trouvez ici nos sincères remerciements et l'expression de notre profond respect.

A Madame Mersija MASOVIC, ancienne gestionnaire financière de l'école doctorale SEPT (Sociétés, Espaces, Pratiques, Temps) de l'Université de Bourgogne Franche-Comté, pour son assistance dans le pire moment de notre séjour de recherche en France.

Nous tenons, enfin, à remercier nos amis et connaissances, notre famille et notre chère épouse Mi-Claire Mudikuku ainsi que nos enfants : Athonn, Oléane, B'loon et Mardiena Balayulu.

Nos remerciements sincères à nos parents : notre feu père Eugene Balayulu et notre chère mère Clément-Jeanne Makila ainsi que nos frères et sœurs.

Merci à tous ceux qui, de près ou de loin, ont apporté une contribution tant psychologique que financière à l'élaboration du présent travail, sans lequel ce parcours de dissertation aurait été difficile. Merci d'avoir cru en nous et de nous avoir encouragés durant toutes ces années de recherche scientifique.

ABREVIATIONS, SIGLES ET ACRONYMES

A	: Anxiété.
A_1	: Infirmier du niveau supérieur (gradué)
A_2	: Infirmier du niveau secondaire (D6)
A_3	: Infirmier du niveau inférieur (D4)
AESplus.net	: Site entièrement consacré à la filière AES (administration, économie et social), Licence, deug, master, faculté en ligne
ANB	: Abelaka Naye Bandakala.
APA	: Association des Psychologues Américains.
ATK	: Alianza Tembea KituoCTE.
ATK	: Alianza Tembea KituoCTE.
AZF	: AZote Fertilisants) de la société Grande Paroisse (groupe Total)
BNI	: Baba Nisa Idie.
Brief-RCOPE	: Courte Mesure de l'Adaptation Religieuse.
C	: Cas
CIM	: Classification Internationale des Maladies.
Covid-19	: Maladie à coronavirus 2019.
CRDI	: Centre de Recherche pour le Développement International.
CTE	: Centre de Traitement Ebola.
CUBE	: Chambre d'Urgence Biosecurisée Ebola.
CV	: Curriculum Vitae.
D	: Dépression.
DES	: Diplôme d'Etudes Supérieures.
DP	: Détresse Psychologique.
DPT	: Détresse Péri-Traumatique.
DSM	: Diagnostic Stastical Manual of Mental Disease (Manuel Statistique Diagnostique des Maladies Mentales).
EDM	: Episode de Stress Post-Traumatique.
EDS	: Enterrement Digne et Sécurisé.
EII	: Ebola Iliuwamama Ikaachamutoto.
EPI	: Equipement de Protection Individuelle.
ESB	: Encéphalopathie Spongiforme Bovine.
ESEMed	: European Study of The Epidemiology of Mental Disorders
ESPT	: Etat de Stress Post-Traumatique.
F	: Femme.
GHQ	: Questionnaire Général sur la Santé à 12 items.
Gripe A	: Grippe due à un virus de type A.
Gripe B	: Grippe due à un virus de type B.
H	: Homme.
H1N1	: Virus de la Grippe Pandémique 2009.
H5N1	: Grippe Aviaire Hautement Pathogène.
HUK	: Hapana Ugumu Kwenyebola.
IDP	: Inventaire de Détresse Péritraumatique.
INRB	: Institut National de Recherche Biomédical.

IRT	: Incident Response Team
K10	: Echelle de Dépistage de la Détresse Psychologique à 10 éléments.
Km	: Kilomètre.
LKK	: Nandimi Kokufa KasinaCTEte
LNN	: Loba Nasala Nini.
M	: Moyenne.
MAL	: Munganga Abateli Libota.
MHEDEA	: Mental HEalth Disability: A European Assessment in the year 2000
MMA_1	: Mama Mungnga Analia.
MMA_2	: Mungnga Mungonza Anakimbiya.
MMP	: Munganga Mu Pia.
MPSS	: Echelle Multidimensionnelle du Soutien Social Perçu.
MVE	: Maladie à Virus Ebola.
	: Numéro.
NAL	: Naboyi Akokende Lokoliate.
NHIS	: National Heath Interview Survey.
NKM	: Nalingi Kozonga Mboka.
NKN	: Nadimi Kobota Nandako.
NMB	: Ndi Mubenga Bumunganga.
NME	: Nazo Monate Ezawapi.
NMN	: Ngai Moko Namiyelaki.
NMT	: Nilimpote Mutoto Tumboni.
NNB	: Nasi Na Bikaki.
NNT	: Ni Ngamba Tshinyi.
NNZ	: Ngai Nabungisi Zemi.
NRC	: Eléments Négatif de la Sous-Echelle de l'Adaptation Religieuse.
NYP	: Namwasi Yamungnga Peabeli.
OMS	: Organisation Mondiale de la Santé.
ONG	: Organisation Non Gouvernementale.
P	: Page.
PRC	: Sous Echelle Positive Religions Coping.
PTSD	: *post-traumatic stress* disorder
R.D. Congo	: République Démocratique du Congo.
SPLIT	: Syndrome Psycholinguistique Traumatique.
SPSS	: Statistical Package for the Social Sciences.
SRAS	: Syndrome Respiratoire Aigu Sévère.
SSE	: Statut Socio-Economique.
SSPT	: Syndrome de Stress Post-Traumatique.
TAG	: Trouble d'Anxiété Généralisé
TAN	: Tikakaka Abota NACTE.
TCC	: Thérapie Cognitivo-Comportementale.
TNM	: Tika Na Midiembika.
TOC	: Trouble Obsessionnel Compulsif.
TSM	: Tata Sango Mokonzi.
TSPT	: Trouble de Stress Post-Traumatique.

UNICEF	: Fonds des Nations Unies pour l'Enfance.
USA	: Etats-Unis d'Amérique.
USPPI	: Urgence de Santé Publique de Portée Internationale.
VIH/SIDA	: Virus de l'Immunodéficience Humaine
WYM	: Wapi Yangai Molongani.
ZNE	: Zemi Nagai Ekeiwapi.
°	: Degré.

INTRODUCTION

Le constat fait dans les zones touchées par le virus Ebola révèle l'avènement d'une épidémie généralement brutale, imprévue et d'origine inhabituelle. Ses conséquences qui sont d'ordre matériel, humain ou les deux entrainent une disproportion entre les besoins, les moyens de secours soins et constituent un dommage grave pour les communautés affectées. Le virus Ebola occasionne une mortalité très élevée au sein de la communauté. Dans les zones touchées par l'épidémie de la Maladie à Virus Ebola (MVE), nous assistons aux manifestations de deuil généralisé. Les individus victimes sont confrontés « à la mort et/ou à la menace de mort » du fait du risque permanent de la contagiosité par un virus très virulent. Josse (2019) classe l'épidémie de la MVE parmi les catastrophes naturelles.

Dans le domaine de santé mentale, les catastrophes naturelles sont l'un des facteurs favorisant et déclenchant les problèmes de santé mentale (OMS, 2007 ; Derivois & al. 2011 ; Maltais & al. 2006). L'épidémie de la Maladie à Virus Ebola (MVE) est l'une des catastrophes naturelles qui a un impact traumatisant sur la santé mentale de ses victimes (Josse, 2019). La République Démocratique du Congo (RDC) est l'un des pays les plus touchés par la MVE avec 14 sur 36 épisodes déjà connus dans 10 pays. Le dixième épisode de la MVE en RDC est réputé être la plus meurtrière (Ministère de la santé de la RDC et OMS-Afrique, 2019). Il a été déclaré comme l'Urgence de Santé Publique de portée internationale (USPPI) par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS, 2019). La RD Congo fut l'un des deux premiers pays à être touchés par la MVE en 1976 (John et al., 1977). Elle a connu sept épisodes de la MVE les cinq dernières années, dont le dernier date d'avril 2022 (OMS, 2022). Ni le Programme National de Santé Mentale de la République Démocratique du Congo, ni l'Institut National de Statistiques ne possèdent les statistiques de prévalence des problèmes de santé mentale liés à l'épidémie de la MVE (Balayulu, 2017). L'absence de ces statistiques suppose l'absence d'études scientifiques rigoureuses dans ce domaine. Ce qui rend difficile la prise en charge psychosociale des populations affectées car leurs besoins réels ne sont pas forcément connus.

C'est dans ce contexte que le Centre de Recherche pour le Développement International (CRDI), après avoir décelé la faiblesse des programmes de prévention et la quasi-absence des projets de recherche pour évaluer les conséquences de la MVE sur la santé mentale des communautés ainsi que l'absence de programmes de prise en charge psychosociale, a lancé l'appel

à projets de recherche. Cet appel à projets de recherche a pour objectif principal de réduire les risques d'infection de la MVE et de produire des résultats significatifs pour la recherche, la prévention, l'intervention, les communautés et la formation. En tant qu'acteur de la riposte et enseignant/chercheur dans ce domaine, nous avons été vivement intéressé par ce projet de recherche qui se propose d'étudier les conséquences de la MVE sur la santé mentale des populations affectées dans les zones de santé de la Province de l'Équateur, ainsi que de proposer des pistes pour la prévention et l'intervention basées sur des données probantes. Cette thèse a été réalisée dans le cadre de ce projet financé par le CRDI et qui est le fruit d'une collaboration entre l'Université de Kinshasa, l'Université Bourgogne Franche-Comté, l'Université de Lubumbashi, l'Université McGill et l'Université d'Ottawa.

Contexte de réalisation de la thèse

Le présent projet de recherche a été réalisé dans le cadre du programme de doctorat en psychologie pour psychologues en exercice à l'Université de Bourgogne Franche Comté. Doctorant et enseignant depuis 20 ans à l'Université de Kinshasa, j'ai aussi travaillé pendant18 ans au Programme National de Santé Mentale au Ministère de la Santé (Rd Congo). J'ai accumulé 14 ans d'expériences en évaluation et prise en charge psychosociale et en santé mentale, soit une expérience de 11 sur 15 épidémies de la MVE qu'alors connues la RDC au moment de s'engager dans le processus de thèse. Outre un engagement clinique certain auprès de cette population à risque, notre orientation théorique est principalement intégrative, avec des formations en psychothérapie cognitive comportementale, en constellation familiale, et approches psychodynamiques.

J'ai choisi ce sujet de thèse pour plusieurs raisons, mais particulièrement, parce que je suis parmi les deux premiers psychologues cliniciens qui ont commencé l'intervention psychosociale et de santé mentale des épidémies de la MVE en Rd Congo en 2007. Je suis aussi parmi les premiers à élaborer des recherches classiques (Master) dans le domaine psychosocial et santé mentale de la MVE. Je suis enfin le premier à conceptualiser le premier schéma d'intervention psychosociale et de santé mentale dans le contexte de l'épidémie de la MVE en Rd Congo.

Fort de mon expérience, ce travail consiste à évaluer les conséquences de l'épidémie de la MVE sur la santé mentale des communautés affectées et à décrire l'expérience subjective des personnes affectées et des survivants. Il décrit d'abord les problèmes sociaux et économiques

générés par la MVE et le contexte culturel et sociétal de son apparition en RDC. Ensuite, le travail présente la prévalence des problèmes de santé mentale et les facteurs de risques et de protection associés à la présence de la MVE dans le milieu de vie des populations congolaises affectées et survivantes. Enfin, le travail, depeint le vécu subjectif des personnes affectées et des survivants à la MVE, tel que rapporté par les entretiens cliniques. L'idéal visé dans cette recherche est de combler d'importantes lacunes dans les connaissances empiriques concernant la santé mentale des personnes affectées et des survivants (toutes catégories confondues : enfants, adolescents, adultes) de l'épidémie de la MVE et de jeter des bases solides pour les futures recherches dans le domaine.

Problématique

Les réactions des personnes affectées dans les zones touchées par l'épidémie de la MVE sont évocatrices de la gravité de ce virus qui crée le stress, l'angoisse et l'anxiété dans les communautés affectées (OMS, 2016 ; Bentacourt et al, 2016 ; Balayulu, 2017 ; Howlett et al., 2018). Les effets touchent le niveau sociétal et le niveau sanitaire. Nous mettons en avant quelques préoccupations d'ordre sociétal et sanitaire soulevées par l'épidémie de la MVE.

Sur le plan sociétal, les individus affectés et survivants de la MVE sont perturbés dans toutes leurs interactions sociales, notamment les interactions au niveau familial, les rapports entre le monde médical et les communautés, le mode habituel de vie entre les communautés et entre les membres d'une même communauté, le mode de vie aux niveaux national et international. En ce qui concerne les interactions au niveau familial, la composition et le fonctionnement de familles des malades sont touchés et les séquelles sont très importantes. Quand un membre de famille est malade d'Ebola, c'est toute la famille qui est affectée. Les membres ont très peur de contracter eux aussi le virus et de mourir. Ils sont stigmatisés dans la communauté. C'est tout le monde qui évite de fréquenter cette famille. On n'adresse plus la parole à un membre de cette famille parce qu'on craint d'être contaminé. Les membres de famille vivent une détérioration des conditions de vie sociale, un climat de suspicion, l'isolement physique, la méfiance, etc. La disparition d'un malade d'Ebola perturbe les membres de famille. Les enfants des familles victimes sont les plus vulnérables, surtout si les membres de familles infectées sont les parents, car les enfants dépendent de leurs parents pour l'éducation, les soins, la protection et les besoins essentiels. Ces changements perturbent leur bien-être et leur développement.

Dans les rapports entre le monde médical et les communautés**,** l'on constate que la demande des soins est inversée et remplacée par le comportement d'évitement. Les structures sanitaires sont dorénavant considérées comme des mouroirs, le personnel de santé stigmatisé : vendeur du sang, « profiteurs » de la maladie. On assiste également à la dégradation de la santé publique : taux élevé de mortalité dans d'autres maladies, construction biologique contre construction mystico-religieuse. La MVE devient comme une sorcellerie et cela donne lieu à des résistances de la communauté contre la solution médicale.

Pendant les périodes d'épidémie, le mode habituel de vie communautaire est bouleversé par l'interdiction de certains rites et certaines traditions (ne pas saluer à la main, ne pas toucher son frère malade, ne pas organiser les funérailles. Si on visite son frère malade ou éprouvé, on devient suspect…). Durant cette période, on assiste à un changement des habitudes alimentaires (certains aliments sont déconseillés), à l'éloignement affectif et physique des proches des malades, à la désinfection imposée des cadavres et des habitations : ce qui vaut profanation. Les personnes ayant été en contact avec les malades et les personnes suspectes sont traquées par les épidémiologistes, partout où elles se trouvent. Les maisonnettes d'habitation de certaines personnes infectées et ou décédées de la MVE sont parfois aussi brûlées pour éliminer le virus. Dans les rapports entre membres de la communauté, les relations sont altérées, notamment les accusations mutuelles, les fausses alertes…, la stigmatisation des survivants et des proches des victimes ainsi que l'isolement des victimes primaires. Pendant l'épidémie, les structures de santé perdent leur capacité habituelle à soigner les malades, la relation de confiance soignant-soigné est transformée en relation de peur, les soins sont déshumanisés (distance affective et physique, isolement des malades), l'autoprotection du soignant dans les soins administrés aux malades.

Au niveau national, l'épidémie de la MVE a des répercussions sur l'économie et le budget des pays touchés, car le budget du Ministère de la Santé Publique augmente pour faire face à l'épidémie, au détriment de secteurs importants pour leur développpement. Certaines activités comme la chasse, le sport, la musique, la scolarité, les élections, le commerce de certaines denrées sont interdites. Des mesures drastiques : couvre-feu, mise en quarantaine des villes, cités et villages touchés, etc. sont également prises. Au niveau international, les relations internationales deviennent davantage tendues. Les ressortissants des pays touchés se voient privés d'accès à

d'autres pays, les frontières sont fermées, le transport est perturbé, le voyage dans les pays touchés est déconseillé.

Sur le plan sanitaire, les individus victimes confrontés par les conséquences de la MVE sont perturbés au niveau de leur composante biologique, psychologique et sociale. Le malade déclaré et/ou suspecté éprouve des difficultés à trouver les ressources pour faire face à cette situation de la maladie. On remarque divers symptômes qui traduisent l'impasse psychologique dans laquelle se trouvent les individus, notamment : trouble d'adaptation, addictions (recours à l'alcool, à la drogue et autres substances psychoactives), hypersensibilité aux réactions de l'organisme, pensées magiques et illogiques sur la maladie, revendication inhibante et paralysante, découragement, déprime, abandonisme, destruction de l'illusion de son invulnérabilité et de son infaillibilité, la décompensation psychologique.

Chez les malades déclarés et/ou soupçonnés, en plus des symptômes physiques récurrents qui accompagnent la maladie (par exemple fièvre, maux de tête sévères, douleurs musculaires, faiblesse, fatigue, diarrhée, vomissements, douleurs abdominales et stomacales, hémorragies, etc.) ; la MVE laisse souvent des effets secondaires à vie, même chez ceux qui sont déclarés non infectés par la MVE.

Dans la présente recherche, nous cherchons à démontrer que l'épidémie de la MVE est un événement hautement traumatisant chez les victimes présentes dans la zone touchée ou non, avec d'importantes conséquences sur leur santé mentale. Les problèmes de santé mentale engendrés par la MVE sont fonctions des effets collatéraux de ce virus dans les communautés affectées, de certains facteurs sociodémographiques et de type de résolution des problèmes choisis par tel ou tel autre individu victime.

La préoccupation principale de cette étude est donc de chercher à répondre à la question suivante : **Que se passe-t-il sur la santé mentale des communautés affectées par l'épidémie de la maladie à virus Ebola ? En d'autres termes, comment la MVE affecte-t-elle la santé mentale des communautés touchées** ?

Plusieurs auteurs ont tenté de répondre à cette question, s'agissant d'autres communautés. Pour l'OMS (2016), l'un des premiers partenaires de la gestion des épidémies de la maladie à virus Ebola dans le monde, la MVE est une maladie accompagnée d'une forte anxiété

chez les malades, les professionnels de santé, les familles des malades, les membres d'équipes d'enterrements dignes et sécurisés, etc. Les situations dramatiques que vivent les personnes affectées par la MVE (par exemple, mort collective l'une après l'autre, menaces de mort successives, deuils psycho-traumatiques, restrictions de mobilité, de certaines libertés fondamentales, interdiction d'organiser les deuils et de consommer certains denrées alimentaires, etc.) créent la panique chez l'endeuillé, qui se croit frappé par un polytraumatisme : il a manqué jusque-là de mourir, mais n'est pas pour autant épargné par les contaminations qui amènent la mort d'une part et il est témoin de la mort des proches d'autre part.

A propos du deuil, qui est l'une des caractéristiques de la MVE, Bacqué (2003) renseigne sur les deuils traumatogènes qu'il oppose aux deuils post-traumatiques. Les deux types ont des conséquences différentes sur la santé mentale des victimes. Pour les premiers, la perte déclenche le plus souvent, une dépression majeure avec risque suicidaire et difficultés importantes de réadaptation. Pour les deuils post-traumatiques, les troubles sont proches de ceux du syndrome psycho-traumatique, mais compliquent, voire empêchent le travail de deuil.

En comparaison avec d'autres catastrophes naturelles et d'origine humaine, plusieurs études nosographiques reconnaissent la présence de l'état de stress post-traumatique chez les victimes de l'épidémie de la maladie à virus Ebola (Balayulu, 2017). C'est le cas par exemple de l'OMS (2015), qui est consciente du caractère traumatique de l'épidémie de la MVE en raison de son caractère aigu, mortel, étrange, effrayant dont les soins se donnent à visage caché. Tous ces éléments ont des conséquences sur l'activité psychosociale et la santé mentale des victimes. Ainsi, l'OMS propose un diagnostic approprié en santé mentale.

Le Ministère de la Santé Publique de la République Démocratique du Congo (2009) décrit les symptômes de stress psycho-traumatique des victimes infectées et affectées par la MVE. Dans le rapport final de la cinquième épidémie qui a sévi dans la zone de santé de Mweka, précisément dans le village Kaluamba au Kasaï en 2008, il a été démontré que 85,46% des victimes affectées par le cinquième épisode de l'épidémie de la MVE en 2008 ont présenté les troubles psycho-traumatiques, dont 41,93% pour le trouble de stress psycho-traumatique, 38,70% pour le trouble de l'adaptation et 4,83% pour des victimes présentant à la fois le trouble de stress psycho-traumatique et le trouble dépressif (Balayulu, 2017).

Les troubles psycho-traumatiques ne sont pas les seules conséquences de l'épidémie de la Maladie à Virus Ebola sur la santé mentale des victimes. Certains auteurs ont confirmé la présence des pathologies comorbides liées à l'épidémie de la MVE comme événement potentiellement traumatique. D'autres études ont montré que 12 à 75% et 27,5 à 83,3% des personnes touchées par le virus Ebola avaient reçu un diagnostic respectivement de dépression et d'anxiété (Epstein et al., 2015 ; Etard et al., 2017 ; Howlett et al., 2018 ; Jagadesh et al., 2018 ; Kamara et al., 2017 ; Keita et al., 2017 ; Waterman et al., 2018 ; Wilson et al., 2018).

En psychologie clinique, une étude a montré que les malades déclarés d'Ebola, les non-cas, les professionnels de santé, les familles des victimes ainsi que les familles éprouvées ont présenté divers symptômes d'anxiété généralisée, de la dépression et des phobies spécifiques (Balayulu, 2017).

Une autre étude menée au Nigéria a montré également que les survivants et les personnes touchées par le virus (contacts, familiaux et autres, soignants, etc.) présentaient des symptômes significatifs de détresse psychologique dans le contexte d'une flambée de la MVE (Mohammed et al., 2015). Une étude récente prouve l'existence d'un fort sentiment de détresse et d'anxiété autour du traitement, de la douleur physique liée à la MVE, du deuil associé à la MVE et du risque élevé de mortalité (Cénat & al., 2019).

Par ailleurs depuis 2007, avec le quatrième épisode de l'épidémie de la MVE en Rd Congo, les différents âges de la vie, le statut socioéconomique et d'autres facteurs personnels font aussi l'objet de réflexions psychosociales (République Démocratique du Congo, Rapports Ebola 2007, Ebola 2008, Ebola 2012, Ebola 2014, Ebola 2018).

Cette question de l'implication des différents âges de la vie lors des catastrophes, avait déjà fait l'objet d'analyse dans plusieurs études antérieures. Pour Bolin et Klenow (1983), l'âge de la personne et son statut socio-économique sont des facteurs de risque ou de protection lors d'un désastre. En effet, les personnes éprouvant moins de difficultés financières seraient moins sujettes à présenter des symptômes de dépression comparativement à celles qui sont moins aisées financièrement (Seplaki &t ah, 2006).

Dans une recension des écrits portant sur les facteurs de risque et de protection dans la résilience des personnes âgées de 65 ans ou plus à la suite de leur exposition à une catastrophe, Gauthier & Maltais (2007) ont souligné que l'âge avancé (Gleser, Green & Winget, 1981; Smith,

2009; Taylor & Frazer, 1982), le statut socio-économique (Masozera, Bailey, Kerchner, 2006; Smith, 2009; Zakour & Harrel, 2003), les antécédents médicaux, la perte d'un être cher au cours des deux dernières années précédant un sinistre ainsi que la présence de déficits cognitifs, sont des éléments importants qui influencent la façon dont les personnes âgées s'adaptent lors d'un désastre naturel (Jia, Tian, Liu, Cao, Yan & Shun, 2010).

De la même façon, Priebe, Marchi, Bini, Flego, Costa & Galeazzi (2011) ainsi que Warheit (1985) rapportent que les personnes âgées de 65 ans ou plus, ayant une santé psychologique pré-désastre instable, risqueraient d'être plus touchées par une catastrophe et d'éprouver plus de difficultés à s'adapter que les aînés ne présentant pas de problèmes de santé pré-désastre.

Par ailleurs, en plus des populations adultes et personnes âgées, l'implication des populations jeunes (enfants et adolescents), lors des catastrophes soulève également des questions sur les effets de ces dernières sur leur santé mentale. Selon Baubet & Rezzoung (2018), les rencontres traumatiques sont fréquentes dans l'enfance et l'adolescence. Toutes ne conduisent pas à l'apparition d'un trouble de stress post-traumatique, mais certains arguments montrent que lorsqu'ils sont présents, ces troubles sont trop souvent minimisés par les parents et même les professionnels.

En l'occurrence, le dixième épisode de l'épidémie de la MVE qui a sévi au Nord-Kivu et en Ituri a soulevé avec acuité la question d'enfants infectés. En effet, près de 30% des cas de la MVE étaient des enfants. Un taux sans précédent et cela n'a pas impacté seulement ceux qui avaient été infectés (Unicef, 2019) mais bien d'autres.

Pendant ce même épisode, l'Unicef avait enregistré une année après l'épidémie, 1.380 orphelins, c'est-à-dire des enfants ayant perdu l'un de leurs parents ou les deux de suite d'Ebola. Au cours de la même période, 2.469 enfants ont été séparés de leurs parents ou de leurs tuteurs, soit abandonnés seuls pendant que les adultes subissaient un dépistage et un traitement, soit isolés parce qu'ayant été en contact avec une personne infectée (Unicef, 2019).

Bien que particulières au 10e épisode de la maladie à virus Ebola en RDC, les contaminations importantes d'enfants ainsi que l'implication des enfants dans la victimisation liée à cette maladie sont présentes dans toutes les précédentes épidémies. Lors de l'épidémie de l'Afrique de l'Ouest de 2014, l'Unicef (2015) avait tiré la sonnette d'alarme sur la vulnérabilité

des enfants vivant dans les lieux pauvres et reculés, et subissant les plus grandes privations pendant l'épidémie de la maladie à virus Ebola. Il avait été également souligné l'impact de ce virus sur les enfants au-delà de son caractère infectieux, car les enfants dont les parents étaient morts de l'épidémie étaient stigmatisés et livrés à eux-mêmes (Unicef, 2015).

Pour Bass (2017), l'annonce d'une maladie grave chez l'enfant et/ou l'adolescent entraîne un traumatisme psychique qui aura des effets pendant la durée chez les jeunes en traitement, mais aussi au sein du couple et de la famille. A en croire une opinion que révèle Josse (2019), les jeunes enfants ne sont pas en mesure de percevoir la menace vitale ou la gravité d'un événement, d'apprécier ses enjeux ou d'en prévoir les séquelles et les conséquences. De ce fait, certains ne manifestent aucune réaction visible et ne semblent pas éprouver d'émotions particulières. En grandissant, d'aucuns développeront toutefois des séquelles traumatiques. A contrario, ils peuvent appréhender un incident mineur comme menaçant et en éprouver de l'effroi.

Ainsi donc, comme on peut le constater, en raison de son impact, la MVE affecte tous les domaines de la vie de l'homme. Cette brève revue de la littérature montre que les conséquences de l'épidémie de la MVE sur la santé mentale des victimes sont bel et bien documentées dans une revue scientifique pluridisciplinaire. Cependant, le cadre méthodologique dans lequel les données des différentes études relatives aux conséquences de la MVE ont été collectées est essentiellement positiviste pour certaines études. Pour d'autres études, le cadre méthodologique est essentiellement qualitatif et peu structuré sur certaines composantes élémentaires dans l'organisation de l'étude des cas autour d'un fil conducteur permettant de cheminer dans le fonctionnement psychique du sujet, en allant d'éléments manifestes et conscients vers des aspects inconscients et insoupçonnés.

C'est ainsi que la présente étude sur l'analyse clinique des victimes constitue une tentative de restitution de la dynamique de la victime, ses défenses, ses modes de résolution des conflits, sa subjectivité et son histoire, afin d'apprécier l'importance du caractère perturbant de tout symptôme pour la victime infectée elle-même, pour son entourage comme victime affectée, voire pour le personnel soignant aussi comme victime affectée.

Pour Barlow et al. (2016), les composantes élémentaires d'une démarche scientifique expérimentale doivent permettre d'émettre l'hypothèse, mettre au point un protocole de recherche qui comprend les aspects qu'ils veulent mesurer sur les personnes qu'elles étudient

(variables dépendantes) et les facteurs supposés modifier ou influencer ces aspects comportementaux (variables indépendantes).

Les études antérieures ont également majoritairement recouru à l'entrevue clinique pour donner les conséquences de l'épidémie de la maladie à virus Ebola sur la santé mentale des communautés. A en croire Brillon (2007), l'entrevue clinique est souvent le premier instrument d'évaluation des symptômes post-traumatiques, mais aussi elle constitue l'un des éléments critiques de l'évaluation et de l'intervention du trouble de stress post-traumatique. D'où l'auteur conclut que pour bien traiter, il faut d'abord bien évaluer.

C'est ainsi que Bouvard et Cottraux (2002) proposent aux chercheurs en psychologie et psychiatrie, les protocoles et échelles pour les études psychopathologiques. Pour ces auteurs, le recours à ces outils (protocoles et échelles) répond à une méthodologie scientifique précise, à des questions issues de la clinique et destinées à des applications pratiques plus au moins immédiates. C'est à ces protocoles et échelles que nous avons recouru dans la présente étude.

A ce propos, Lepetit et al. (2008) avancent un certain nombre de raisons pour l'utilisation des échelles d'évaluation en pratique clinique. Il est maintenant communément admis que la mesure de la sévérité des symptômes au cours du temps est utile pour évaluer l'évolution du traitement des affections psychiatriques. Ainsi, tous les essais cliniques utilisent les échelles cliniques centrées sur certains symptômes spécifiques permettant d'apprécier l'efficacité clinique et thérapeutique de différents traitements : pharmacothérapies et psychothérapies.

Par ailleurs, Pirlot et al. (2017) soutiennent qu'en psychiatrie, comme en psychologie clinique, le patient ne se réduit pas à ses symptômes ni à sa maladie qui ne peuvent pas être compris dans leur seule dimension négative et handicapante. Ils ont un sens au regard de l'histoire du sujet relevant des diverses formes de conflits, des blessures psychiques, des traumatismes et des systèmes défensifs. Les mêmes auteurs soutiennent que le sujet vivant n'est pas réductible à la case qui peut être cochée grâce à la réponse qu'il donne. Ce type d'observation armée (questionnaire, échelles,…) ne peut conduire qu'à l'équivalent d'un tableau clinique, c'est-à-dire, à une saisie *spatiale* objectivée du sujet. Finalement les mêmes auteurs mentionnent à propos du sujet de fait qu'on ne l'interroge, et surtout, on l'immobilise au nom de l'objectivité en ne demeurant pas attentif aux processus de subjectivation, en ne donnant pas la parole au fait clinique. Le sujet est saisissable à travers la reconstruction d'histoire personnelle.

De ce qui précède, nous pensons pour cette recherche, qu'à côté de l'évaluation quantitative qui, du reste, est une étude nosographique consistant à classer de manière méthodique les symptômes en syndromes, nous nous intéressons aussi à l'évaluation qualitative. Car, selon Pirlot et al. (2017), l'évaluation qualitative reprend la description des grands syndromes psychiatriques actuels en leur apportant l'éclairage de la métapsychologie freudienne et postfreudienne ainsi que celui de la psychopathologie psychanalytique et transculturelle d'aujourd'hui, sans ignorer l'apport des neurosciences.

Le recours à l'évaluation qualitative dans la présente recherche va nous épargner le « Mythe de l'uniformité du patient » qu'il faut éviter. Car l'épidémie de la maladie à virus Ebola a ses caractéristiques qui diffèrent des autres catastrophes par la durée, les menaces permanentes et durables de contracter la maladie et de mourir, et surtout à travers ses mesures de prévention, entre autres ne pas toucher la personne qui développe la maladie ou pas, peu importe le degré d'affinité.

Ainsi, dans la présente étude, nous allons nous intéresser également à l'expérience subjective des victimes et aux processus psychologiques qui interviennent dans les symptômes et les comportements, quelle que soit l'étiologie de leurs maladies. Le psychologique est tout aussi important qu'il soit la cause, la conséquence ou le modulateur d'un trouble. Dans la maladie à virus Ebola où l'organicité domine (présence du virus dans l'organisme), nous allons analyser ainsi les manifestations psychologiques associées en dehors de toute référence au virus.

La question n'est donc pas seulement celle de l'origine des maladies, mais aussi des comportements, du vécu, des discours, des émotions des malades et de ceux qui les approchent : entourage, famille, personnel soignant et membres de la communauté. Pour le malade, on s'intéresse donc aux rapports qu'il entretient avec sa condition de malade, occasionnellement à la manière dont il participe à l'apparition, au maintien, ou à l'aggravation de sa maladie.

D'où, les préoccupations secondaires pour cette étude de chercher à savoir :

1) Quels sont les problèmes de santé mentale associés à l'épidémie de la MVE et la stigmatisation qui en résulte chez les populations adultes, enfants et adolescentes victimes ?
2) Quels sont les effets des stratégies de coping des personnes vivant dans les zones affectées sur les problèmes de santé mentale provoqués par l'épidémie de la MVE ?

3) Quel est le vécu subjectif des personnes infectées et affectées par l'épidémie de la MVE survivantes ou décédées ?
4) Quels sont les moyens et facteurs de protection à la base de résilience chez les personnes infectées et affectées par l'épidémie de la MVE ?

Hypothèses

A l'instar des catastrophes naturelles, l'épidémie de la MVE affecterait significativement la santé mentale des communautés victimes de l'épidémie de la Maladie à Virus Ebola.

1) La détresse péri-traumatique, la détresse psychologique, l'anxiété et la dépression seraient parmi les problèmes de santé mentale majeurs associés à l'épidémie de la MVE auprès des populations adultes, enfants et adolescents infectés et ou affectés.
2) Les stratégies de coping orientées vers la recherche de soutien social auprès de la famille, des amis et d'autres personnes auraient des effets non significatifs sur les problèmes de santé provoqués par l'épidémie de la MVE. Toutefois, les stratégies de coping religieux affecteraient significativement les problèmes de santé mentale dus à l'épidémie de la MVE.
3) L'expérience du vécu subjectif des personnes infectées et ou affectées par l'épidémie de la MVE serait de nature traumatique qui, d'une part, mobiliserait les moyens défensifs pour compenser le traumatisme psychique et laisserait des traces dans leur psychisme sous forme de deuil non résolu, voire de décompensation psychologique, d'autre part.
4) Le recours à la qualité de vie, au soutien social, à la spiritualité/religion serait les moyens et facteurs de résilience des personnes infectées et ou affectées par l'épidémie de la MVE.

Objectifs

Le présent travail se propose de contribuer à une évaluation des conséquences de l'épidémie de la MVE sur la santé mentale des communautés victimes.

Les objectifs spécifiques de cette étude sont les suivants :

- Déterminer les effets de l'épidémie de la MVE et de la stigmatisation qui en résultent sur la santé mentale des populations adultes, enfants et adolescentes affectées et ou survivantes.

- Déterminer les effets des stratégies de coping des personnes affectées et/ou survivantes sur les problèmes de santé mentale provoqués par l'épidémie de la MVE.
- Décrire l'expérience subjective vécue par les personnes affectées et/ou survivantes de l'épidémie de la MVE.
- Décrire les moyens et facteurs de protection à la base de résilience chez les des personnes affectées et/ou survivantes de l'épidémie de la MVE.

Intérêt de l'étude aux niveaux scientifique, social et économique

La présente étude trouve son intérêt dans le fait qu'elle répond au souci de l'OMS de pouvoir mettre en place des structures et des équipes pluridisciplinaires de qualité en matière de prise en charge des maladies, en particulier les épidémies comme celle de la maladie à virus Ebola, à cause des problèmes de santé mentale généralisés qui accompagnent ces situations d'épidémies. Cet intérêt est justifié par ailleurs par sa pertinence du point de vue scientifique, social et économique.

Du point de vue scientifique, les études sur la santé mentale des personnes affectées et ou survivantes de l'épidémie de la MVE enrichissent les études diagnostiques et thérapeutiques en psychologie clinique et psychopathologie**.** Les problèmes de santé mentale qui seront dégagés de notre étude pourront servir à compléter les tableaux cliniques des troubles psychotraumatiques et des pathologies co-morbides décrites par les différentes classifications internationales des maladies mentales et faciliteront une prise en charge psychosociale et en santé mentale efficiente des victimes.

Sur le plan social, l'épidémie de la MVE affecte plus d'un acteur social (la personne, la famille, le village, la communauté, le ministère de la santé, toute la nation, voire l'OMS au niveau international) et les résultats de son analyse minutieuse pourront bénéficier à tous.

Du point de vue économique, la prise en charge psychosociale et en santé mentale des personnes affectées et ou infectées par des épidémies a un coût. L'efficacité dans la riposte contre la maladie est surtout fonction de la hauteur des dépenses engagées. Il y a ainsi une relation entre le budget et l'efficacité de la riposte. En effet, dans certains pays, il existe des études concernant les dépenses chiffrées qu'occasionnent la gestion et/ou la prise en charge des catastrophes en général et des épidémies en particulier. La gestion d'une épidémie de maladie de type MVE coûte beaucoup aux pays dont les contrées sont affectées et à la communauté

internationale qui vient en aide. En effet, pendant l'épidémie, c'est tout le système économique qui se trouve perturbé : le commerce dans les zones touchées est basculé, certaines denrées ne sont plus vendues, ni consommées, inflation de fausses rumeurs, arrêt brutal de certaines activités, la circulation des personnes et des biens perturbés, etc. Tant que cette situation perdure, l'économie de la zone s'engouffre et cela a un impact sur les budgets des ménages, voire de l'Etat.

La connaissance des problèmes de santé mentale comme conséquence de cette épidémie pourrait permettre, à la fois, une prise en charge psychosociale rapide et un coût de traitement moindre.

Délimitation et Division du travail

Hormis l'introduction et la conclusion générales, le présent travail se subdivise en trois parties subdivisées en chapitres. La première partie se rapporte au contexte sociétal et cadre conceptuel, avec deux chapitres : 1 et 2. Le premier est consacré au contexte sociétal et sanitaire des zones touchées par l'épidémie de la MVE en République Démocratique du Congo. Le deuxième traite du cadre conceptuel.

La deuxième partie concerne la méthodologie avec un chapitre unique : le chapitre 3. Il décrit le cadre de la recherche et la méthodologie du travail. La troisième partie est intitulée résultats et discussion. Elle comprend trois chapitres : 4, 5 et 6. Le quatrième chapitre présente les résultats quantitatifs. Le cinquième présente les résultats qualitatifs de la recherche et le sixième est axé sur la discussion générale des résultats.

PREMIERE PARTIE :
CONTEXTE SOCIETAL ET SANITAIRE

CHAPITRE I. CONTEXTE SOCIETAL ET SANITAIRE DES ZONES TOUCHEES PAR LE VIRUS EBOLA EN REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO

« Les perturbations dans l'existence individuelle, dans le rapport à la réalité et dans la maîtrise des peurs, peuvent être associés aux processus d'intégration du sujet à la société et de la relation entre individuation et environnement social » (Mitscherlich, 1983, p. 426).

La République démocratique du Congo (RDC) est un pays d'Afrique Centrale. Elle est le deuxième le plus vaste pays d'Afrique après l'Algérie. C'est le 11e État du monde par sa taille. Avec ses 2 345 409 km^2, elle s'étend de l'océan Atlantique au plateau de l'Est et correspond à la majeure partie du bassin du fleuve Congo (RDC, 2018).

La RDC est située au centre du continent africain et partage des frontières avec neuf pays : à l'ouest, le Congo ; au nord, la République centrafricaine et le Soudan du Sud; à l'est, l'Ouganda, le Rwanda, le Burundi et la Tanzanie ; au sud, la Zambie et l'Angola. La RDC est l'un des pays les plus pauvres du monde, classé 170ème/175 pour le PIB par habitant (RDC, 2018)..

La RDC est l'un des pays les plus multiethniques d'Afrique, avec une population estimée à plus de 73,5 millions en 2012. Elle compte environ 250 ethnies qui peuvent être réparties en plusieurs groupes. Le premier groupe est formé par les **peuples Bantous** (environ 80% de la population) dont les principales ethnies sont les Luba (18%), les Mongo (17%), les Kongo (12%), les Lunda, les Tchokwé, les Tetela, les Bangala, les Shi, les Nande, les Hunde, les Nyanga, les Tembo, les Bembe, etc. Les ethnies non bantoues se répartissent entre les **Soudanais** (Ngbandi, Ngbaka, Mbanja, Moru-Mangbetu et Zande), les **Nilotiques** (Alur, Lugbara et Logo), les **Chamites** (Hima) et les **Pygmées** (Mbuti, Twa, Baka, Babinga). Les Nilotiques et les Chamites, qui ont jadis quitté la vallée du Nil, ont été confrontés aux migrations bantoues, mais ont dû peu à peu laisser la place (Fiche du Congo, 2017).

La RDC serait considérée comme le « premier pays francophone du monde » en termes de nombre d'habitants, avant la France (61,8 millions en Métropole). Néanmoins, on y trouve un enchevêtrement de peuples de diverses origines et parlant de nombreuses langues. En dépit de cette diversité culturelle, il existe d'autres éléments communs entre les populations congolaises car, comme le souligne (Nicolaï, 1964), tout territoire, même arbitrairement délimité qu'il soit, présente un facteur d'unité. Il suffit de choisir habilement un critère adéquat (RDC, 2017). Sur le plan politico-administratif, la RDC est subdivisée en 26 provinces et 145 territoires. Chaque

secteur de gouvernance publique (santé publique, éducation nationale, transports, économie, commerce, etc.) possède une entité ou un service décentralisé(e) au niveau provincial et territorial (RDC, 2017).

Le système sanitaire national en RDC est organisé du niveau central au niveau opérationnel. En effet, tout le territoire national a été découpé en Zones de Santé (ZS). Une ZS est définie comme une unité opérationnelle qui prend en charge 100.000 à 150.000 habitants et est délimitée en tenant compte de l'accessibilité géographique, culturelle et économique de la population. C'est un espace géographique bien défini contenu dans les limites d'un territoire ou d'une commune administrative comprenant une population d'environ 50.000 à 100.000 personnes en milieu rural et de 100.000 à 250.000 personnes en milieu urbain. Les structures sanitaires obligatoires des ZS sont le Centre de Santé (CS) et l'Hôpital Général de Référence (HGR). Toutefois, afin de répondre aux exigences d'accessibilité géographiques des services de santé, dans certaines ZS on trouve des Centres de Santé de Référence (CSR) et des Postes de Santé (PS). La RDC est le pays le plus touché au monde par l'épidémie de la MVE. Elle a connu 15 épisodes sur les 37 que le monde a déjà connu dans 10 pays. Neuf des vingt-six provinces de la RDC ont été touchées par la MVE. Si on devait considérer la moyenne des épisodes de la MVE pour 10 pays où elle a déjà sévi, la RDC serait donc touchée quatre fois plus que la moyenne (RDC, 2021).

1.1. Contexte sociétal et sanitaire de la Province de Mongala

La province de la Mongala a été victime de double épidémie de la Maladie à Virus Ebola, en 1976 et en 1977. Elle a connu le premier et le deuxième épisodes de la MVE. D'ailleurs, le nom « Virus Ebola » tire ses origines de la rivière Ebola, rivière située dans la mission catholique de Yambuku, province de la Mongala, laquelle rivière était suspectée par les populations locales d'être à la base de l'infection qui a endeuillé sérieusement le village de Yambuku (RDC, 2018).

Le premier épisode de l'épidémie de la MVE dans la province de Mongala remonte en 1976 où elle a sévi dans la mission catholique de Yambuku. Le deuxième épisode a touché le village de Tandala dans la même province en 1977. Ce deuxième épisode a été vite maitrisé 21 jours après, et il n'y a eu aucun cas de contamination. Ceci est une belle leçon dans la riposte, qui malheureusement, n'a pas été perpétuée dans la suite (OMS, 2016).

Sur le plan sociétal, l'actuelle province de Mongala est issue du découpage du pays qui a eu lieu en 2015. C'est une province forestière du nord de la République démocratique du Congo. Elle est issue du démembrement de la Province historique de l'Équateur. Son chef-lieu est Lisala. Elle est limitée au Nord par la Province du Nord-Ubangi et au Nord-Est par la Province de Bas Uélé ; à l'Est par la Province de la Tshopo, au Sud par la Province de la Tshuapa et à l'Ouest par la Province de l'Equateur et celle du Sud-Ubangi (RDC, 2018).

La province de Mongala est accessible par voies routière, fluviale et aérienne avec les aérodromes de Bumba et de Lisala. Les principales activités économiques sont l'agriculture, la pêche, l'élevage de petits bétails et le commerce. La majeure partie de la population vit en-dessous du seuil de pauvreté. La Province de la Mongala se divise en deux parties physiques séparées par le fleuve Congo qui la traverse d'ouest à l'Est. Le Nord de la Province est caractérisé par la présence de forêt dense humide et d'une quantité considérable de complexes agricoles (22%) au niveau de Lisala et de Bumba. Les pistes et sentiers qui relient ces agglomérations sont entourés de ces complexes. Les forêts sur sols hydromorphes se trouvent dans les îles et le long du fleuve Congo.

Le Sud de la province est dominé par la présence de forêt dense humide et de forêt sur sols hydromorphes, le long du réseau hydrographique (rivières Lopori, Bolombo et Yekokora) (RDC, 2018).

Le climat de la province est de type équatorial, avec des précipitations annuelles de l'ordre de 1800-2000mm. Il n'y a pas de saison sèche à proprement parler, mais une forte diminution des précipitations s'observe clairement de décembre à février. La température moyenne reste stable et constante tout au long de l'année sur toute la province et varie autour de 25° C. Le climat est plus ou moins uniforme dans toute la province (RDC, 2018).

La province est constituée de la ville de Lisala et de 3 territoires : Bongandanga, Bumba et Lisala, avec une population estimée à 3 338 704 habitants et la densité de population est de 57 habitants par km². La population de la province de la Mongala est principalement formée par des tribus du groupe Bangala : les Budja, Ngombe, Poto, Doko, Mondunga, Pakabete, Benzale, Bozoki, etc. (RDC, 2018).

Dans le territoire de Bongandanga, nous trouvons deux grandes tribus : le Mongo et les Ngombe. Le territoire de Bumba qui a connu les deux premières épidémies d'Ebola est la terre du peuple Budja qui l'occupe à 99%. Ce peuple est originaire du Bas-Uélé, il a immigré dans la terre qui constitue aujourd'hui le territoire de Bumba durant la période précoloniale suite aux guerres tribales qui les opposaient aux tribus des Azande, Babenza et Babati qui ont eux-mêmes été repoussées par les Arabes vers le courant du XVIIIème siècle (RDC, 2017).

Dans le territoire de Lisala, il y a cinq grands groupes ethniques : les Ngombe et les Doko sont majoritaires et leur activité principale est l'agriculture, les Motembo vivent le long du fleuve et sont en grande partie pécheurs et, enfin, les Moweya et les Mondunga qui sont minoritaire ayant comme activité principale l'agriculture (RDC, 2017).

Du point de vue relationnel et vie sociétale, les communautés des populations de la province de Mongala se caractérisent par une grande solidarité et un attachement aux valeurs et traditions ancestrales. Les rites funéraires sont scrupuleusement observés et respectés. L'assistance des personnes en difficultés ou en souffrance est parmi les obligations et les valeurs ancestrales.

Sur le plan sanitaire, la province de la Mongala est régie par une Division Provinciale de la Santé, qui est subdivisée en 12 Zones de santé répartie dans les 3 territoires (Bumba ; Bongandanga et Lisala) et à 295 aires de santé. Toutes ses zones de santé ne sont que de SOS (RDC, 2021).

Le virus Ebola de Yambuku en 1976, la toute première en RDC, a fait 318 malades d'Ebola et 280 morts, soit une létalité de 88% dans un intervalle de deux mois (de septembre en octobre). Pour celui de Tandala en juin 1977, une seule personne a contracté le virus et est décédée. Aucune contamination n'a été signalée. En plus de l'épidémie de la MVE, la province de la Mongala fait face à d'autres épidémies dont le choléra (OMS, 2016).

1.2. Contexte sociétal et sanitaire de la Province du Kwilu (1995)

Kwilu est la deuxième province de la République Démocratique du Congo à être touchée par le virus Ebola en 1995 dans la ville de Kikwit. L'épisode de Kikwit dans le Kwilu est reconnu comme la troisième épidémie à avoir fait plus de décès après celles du Nord-Kivu/Ituri et celle de la Mongala à Yambuku.

Sur le plan sociétal, la province du Kwilu est depuis 2015 une province de la République démocratique du Congo à la suite de l'éclatement de la province du Bandundu. En 2015, la loi de programmation déterminant les modalités d'installation des nouvelles provinces a été promulguée. Le Kwilu recouvre son statut de province. Sa superficie est de 79 906 km² (RDC, 2018).

La province du Kwilu compte cinq territoires administratifs : Bagata, Gungu, Idiofa, Bulungu (anciennement territoire de Kikwit) et Masi-Manimba, totalisant 5,8 millions d'habitants en 2017, avec une densité de 74 habitants/km² (Unicef, 2021). La structure sociétale de la province du Kwilu indique clairement la jeunesse de la population, âgée de 0 à 18 ans, qui la compose. La population de moins de 18 ans représente plus de la moitié des habitants de la province. Cette population a la caractéristique d'être à 87 % paysanne, donc la majorité d'entre elle habite le milieu rural ; elle est, en outre, à prédominance féminine. A ce jour, la taille moyenne des ménages est de 4,6 et le nombre moyen d'enfants/femme est de 6,6. L'exode rural est très intense dans la Province à cause de la ruée vers le diamant de l'Angola et l'attrait combien important et justifié de la ville de Kinshasa (RDC, 2018).

Outre les effectifs ainsi décrits, les populations sont organisées en termes de familles très liées, regroupées en clan. Chaque clan porte un nom et a un chef de clan. Ce sont les différents clans qui forment les tribus sur base de certaines affinités. Une nette solidarité s'observe entre les membres d'un clan autour du chef notamment lors de grands évènements de la vie : naissance, mariage, maladie, décès. Toutes les tribus de la province du Kwilu se caractérisent par le régime matrimonial matrilinéaire (Fiche, 2017).

Dans son aspect linguistique, les différentes tribus qui composent la population du Kwilu sont très apparentées et accusent d'une très forte homogénéité culturelle et linguistique. La Province du Kwilu est constituée d'une peuplade à majorité Bantou composé de plus ou moins 20 tribus qui sont : les Yansi, Mbala, Teke, Bomas, Hungani, Nzadi, Ngoli, Ngongo, Tshamba, Bunda, Mputu, Kwese, Wongo, Lunda, Pindi, Dinga, Lele, Pende, Suku et Songo. Les noms de tribus correspondent aux dialectes ou langues parlées par les ressortissants respectifs. Quant aux caractéristiques socio-culturelles, les peuples du Kwilu forment tous un tout culturel et linguistique. Ils ont les mêmes origines historiques et ont connu pratiquement les mêmes itinéraires et mouvement migratoire.

La ville de Kikwit qui a été touchée par le 3eme épisode de la MVE (anciennement, Makaku, Makal et Poto-Poto) est la ville principale de la province du Kwilu. Elle est située sur la rivière Kwilu. La ville est reliée à Kinshasa par la route nationale 1 à l'Ouest et aux deux Kasaï à l'Est. Cette ville est considérée comme une pépinière de l'intelligentsia congolaise. Kikwit a une superficie de 92 km², avec une population dont la taille est estimée à 1 326 068 habitants (OMS, 2016).

Sur le plan sanitaire, la province du Kwilu compte une Division provinciale et une Inspection provinciale de la santé au chef-lieu de la province situé à Bandundu Ville. La province a dix-huit (18) zones de santé possédant chacune un Hôpital général de référence (HGR) et plusieurs centres de santé (RDC, 2021).

Le virus d'Ebola qui a sévi en 1995 dans la ville de Kikwit a fait 315 malades d'Ebola et 250 décès, avec un taux de létalité de 81% dans un intervalle de 6 mois (de janvier en juin 1995). La population de la province du Kwilu est aussi menacée par d'autres maladies/épidémies/ pandémies récurrentes telles que le choléra, le VIH/SIDA, le paludisme, la tuberculose, la trypanosomiase humaine africaine (THA) (dont la province est le principal réservoir en RDC), ainsi que la malnutrition. En outre, le manque de soutien à la vaccination de routine a un impact significatif sur la santé et le bien-être de la population de Kwilu (OMS, 2016).

De nombreux facteurs entravent le développement de la province du Kwilu notamment, le déficit des infrastructures et équipements de santé, l'irrégularité des salaires du personnel de santé et le faible financement de la riposte aux épidémies.

1.3. Contexte sociétal et sanitaire du Kasaï (2007 et 2008)

A la suite de l'éclatement de la province du Kasaï-Occidental, le Kasaï est depuis 2015 une province de la République démocratique du Congo. Il se situe au centre du pays sur la rivière Kasaï. Il a connu deux épisodes de la MVE : en 2007 et en 2008.

Sur le plan sociétal, située au centre-ouest du pays, la province du Kasaï est limitrophe de six provinces congolaises et d'une province angolaise au sud. Au Nord, elle est bornée par la province de la Tshuapa, au Nord-Est par la province du Kasaï Central, au Sud par la province de Lunda-Nord de la République d'Angola, au Sud-Ouest par la province du Kwango, à l'Ouest par laprovince du Kwilu et au Nord-Ouest par la province de Mai-Ndombe. La province

du Kasaï compte cinq territoires : Dekese, Ilebo, Kamonia, Luebo et Mweka. Le chef-lieu et la principale ville de la province est Tshikapa (RDC, 2018).

La structure sociétale de la province du Kasaï indique une population très jeune dont l'âge varie entre 0 et 18 ans. La population de moins de 18 ans représente plus de la moitié des habitants de la Province. Cette population a la caractéristique d'être à 98 % paysanne, donc la quasi-totalité d'entre elle réside le milieu rural ; et est à prédominance féminine (RDC, 2018).

La taille moyenne des ménages est de 5,2 et le nombre moyen d'enfants/femme est de 7,8. La province connait un exode rural très intense vers la province du Katanga et vers la ville de Kinshasa. Outre les effectifs ainsi décrits, les populations sont organisées en termes de familles très liées, regroupées en clan. Chaque clan porte un nom et a un chef de clan. Ce sont les différents clans qui forment les tribus sur base de certaines affinités. Une nette solidarité s'observe entre les membres d'un clan autour du chef notamment lors de grands évènements de la vie : naissance, mariage, maladie, décès. Toutes les tribus de la province du Kasaï se caractérisent par le régime matrimonial patrilinéaire (RDC, 2017).

La province du Kasaï est constituée d'une peuplade à majorité Bantou composé de plus ou moins 15 tribus qui sont : Ndengese, Inkolombe, Isolu, Yaelima, Kuba, Twa, Leele, Ngombe, Wongo, Lulua, Kete, Luba, Otetela, Luntu et Pende. Toutes ces tribus sont composées de plusieurs ethnies reparties dans les quatre territoires (RDC, 2017).

La superficie provinciale est de 95 631 km^2 avec une densité moyenne de 33 habitants au Km^2, supérieure à la densité nationale qui est 13 habitants au Km^2. Cette densité n'est pas uniforme. De fortes variations sont observées entre les territoires et même à l'intérieur des territoires. La comparaison enregistrée entre le genre révèle que les femmes sont légèrement majoritaires que les hommes, soit 50,9 % contre 49,1 % (RDC, 2018).

Le territoire Mweka qui a été touché par la quatrième épisode de la MVE en 2007 a une superficie 13 223 km^2, avec 57 553 habitants. Il n'a qu'une grande tribu de Kuba composée de 26 ethnies. Le territoire de Luebo qui a été touchée par le cinquième épisode de la MVE en 2008 a une superficie de 8 450 km^2, avec une population estimée à 938 985 habitants. Il est habité essentiellement par les tribus Lulua, Kuba, les Kete, les Luba, les Otetela et les Luntu (RDC, 2018).

Sur le plan sanitaire, la province du Kasai compte une Division provinciale et une Inspection provinciale de la santé au chef-lieu situé à Tshikapa. La province a dix-huit (18) zones de santé ayant chacune un Hôpital général de référence (HGR) et plusieurs centres de santé. Le virus Ebola qui avait sévi dans la province de Kasaï en 2007, précisément dans le territoire de Mweka, village de Kampungu avait fait 264 malades d'Ebola avec 187 décès soit une létalité de 71 %. Celui qui avait sévi en 2008 dans le même territoire, village de Kaluamba avait fait 32 malades d'Ebola avec 15 décès soit une létalité de 47% (RDC, 2021).

La province de Kasaï fait face à plusieurs autres épidémies, notamment la fièvre typhoïde, la rougeole, le choléra, la diarrhée y compris les violences sexuelles. Les équipes MSF présentes au Kasaï rapportent une fréquence étendue de cas de malnutrition chez les enfants, allant jusqu'à 10% de malnutrition aiguë sévère dans plusieurs zones, notamment dans les villes et villages durement frappés par la violence depuis août 2016.

Plusieurs cas de violences sexuelles sont signalés dans les différents territoires de la province. En 2016, la province du Kasaï a connu une importante guerre dans sa région centrale entre les forces gouvernementales et la milice Kamuina Nsapu, le conflit s'est dramatiquement intensifié et a provoqué une grande crise humanitaire dans cinq provinces voisines. La crise a conduit à une insécurité alimentaire majeure et a exacerbé les vulnérabilités existantes de la population locale.

1.4. Contexte sociétal et sanitaire de la province du Haut Uélé (2012)

La province du Haut-Uélé est la quatrième province du pays à être touchée par l'épidémie de la MVE en 2012, avec une nouvelle souche : la souche Bundybungyo. C'était la première fois que la Rd Congo soit touchée par cette souche ; dès lors, elle ne s'est jamais reproduite au pays.

La Province du Haut–Uélé est l'une de 26 Provinces de la République démocratique du Congo créée en 2015, avec comme chef- lieu la Ville d'Isiro. Sa superficie est de 89.693Km² et sa population est estimée à 3.104.247 habitants, soit une densité de 35 habitants par Km². Située au nord-est de la République démocratique du Congo, la province du Haut-Uele est compris entre 1° 15' et 5° 30' de latitude N et 26° 20' et 30° 40' de longitude E. Au nord, elle est limitée par le

Sud-Soudan et la République centrafricaine ; à l'est, par la province de l'Ituri ; au sud, par la province de l'Ituri et la province de Tshopo ; à l'ouest, par la province de Bas-Uele. la province du Haut-Uele couvre en totalité ou en partie 14 cartes planimétriques régulières à 1/200.000 (degrés carrés). La province du Haut-Uele comprend six territoires, dont Dungu, Faradje, Niangara, Rungu, Wamba et Watsa. En outre, la province est caractérisée par un climat tropical humide. Son relief est généralement constitué de plateau avec une altitude moyenne variant entre 500 et 800 m (RDC, 2018).

La province du Haut-Uélé est constituée d'une peuplade à majorité Bantou et Soudanais, composée de plus ou moins 14 tribus qui sont : Logo, Dongo, Kakwa, Mondo, Mangbetu, Azande, Madi, Banbga, Mayogo, Babudu, Babyeru, Mangbelé, Twa. Toutes ces tribus sont composées de plusieurs ethnies reparties dans les six territoires de la province. La population du territoire de Dungu est à majorité composée de la tribu Pazande à plus de 90% et d'une minorité Baka. Il existe également une minorité de Madi dans la chefferie de Malingido. Les Logo qui représente 80% de la population du territoire de Faraje sont physiquement imposants, et s'adonnent à la chasse et à la cueillette, ils sont des guerriers (Fiche du Congo, 2017).

Les Mangbetus qui représentent 50% de la population du territoire de Nyangara sont d'origine soudanaise, les Azande (25%), par contre, sont descendus de la République Centrafricaine. Ils partagent la même histoire que les Mangbetus. Mis à part ces 5 tribus, d'autres tribus vivent dans le territoire de Niangara, notamment : les Mabasanga, les Mangbele, les Avungola, les Matsaga et les Makapo.

La ville d'Isiro, épicentre de la 5eme épidémie de la MVE qui a sévi au Haut-Uélé est le chef-lieu de la province. Elle est située dans le territoire de Rungu, les habitants parlent Lingala, Kiyogo, Kingbetu, Swahili, Kibudu [1]. Isiro se situe climatiquement à la limite entre la forêt équatoriale et la savane (OMS, 2012).

La ville d'Isiro est dans la chefferie Mayogo-Mabozo, cela fait que les Yogo sont plus nombreux dans la ville que les gens des autres tribus car ils y sont autochtones. Deux grandes

[1] Lingala : est l'une des 4 langues nationales de RDC qui est parlée à Isiro ; Kiyogo : est une langue parlée par les Yogo autochtones des chefferies Mayogo-Mabozo et Mayogo-Magbaie du territoire de Rungu ; Kingbetu : est aussi, comme le kiyogo, une langue des Ngbetu, aussi tribu du territoire ; Swahili : est souvent parlé par les migrants venus souvent de l'Est du pays ; Kibudu : est une langue parlée par les Budu du territoire de Wamba.

tribus sont majoritaires dans cette ville. Il s'agit de la tribu de Mayogo et celle de Mangbetu. Le peuple Yogo est sociable, simple et cultivateur. Il est discipliné et obéissant aux instructions du chef. Les Ngbetu quant à eux, et contrairement aux Yogo, sont guerriers, forts, musculeux pour se défendre avec tout ce qui leur appartient. Ils sont très souples et plus rapides, ils parlent vite et à haute voix comme s'ils étaient en train de tonner sur quelqu'un. A ces deux tribus majoritaires s'ajoutent les Budu du territoire voisin de Wamba, les Zande du territoire voisin de Poko, les Nande des territoires de Beni et Lubero de la province du Nord-Kivu, sans toutefois ignorer l'existence des personnes d'autres tribus représentées à faible échelle (RDC, 2018).

Sur le plan sanitaire, la province du Haut-Uélé compte une Division provinciale et une Inspection provinciale de la santé au chef-lieu situé à Isiro. La province a treize (13) zones de santé ayant chacune un Hôpital général de référence (HGR) et plusieurs centres de santé (RDC, 2021).

La ville d'Isiro où a sévi le virus Ebola a un Hôpital Général de Référence (HGR), deux cliniques, quatre centres de santé de référence, une dizaine des centres hospitaliers et des nombreux postes de santé. Ces centres de santé fournissent les soins de santé primaire et des services en médecine générale seulement. Il n'y a aucune spécialisation dans les services fournis par ces centres de santé y compris l'HGR et les autres hôpitaux et/ou cliniques. Une grande partie des médicaments est disponible dans les centres de santé et pharmacies dans toutes les structures sanitaires de la ville d'Isiro. Mais quelques médicaments spécialisés ne sont pas disponibles et il faut les commander des mois à l'avance dans les grandes villes voisines (RDC, 2021).

Le virus Ebola qui avait sévi dans la province du Haut-Uélé, précisément dans le territoire de Rungu, ville d'Isiro avait fait 36 malades d'Ebola avec 13 décès soit une létalité de 36,1 %. Les maladies les plus récurrentes dans la province du Haut-Uélé sont les Paludisme, Infections respiratoires aigües, Fièvre typhoïde, Infections Sexuellement transmissibles et la Diarrhée (OMS,2012).

1.5. Contexte sociétal et sanitaire de la Tshuapa (2014)

Tshuapa est la cinquième province du pays où a sévi l'épidémie de la MVE en 2014. La province de la Tshuapa est l'une des provinces de la République démocratique du Congo créee en 2015 à la suite de l'éclatement de la province historique de l'Équateur. Son chef-lieu est Boende.

Située au centre de la République démocratique du Congo, la province de la Tshuapa est limitrophe de 6 provinces congolaises. Au nord, elle est limitée par le Sud de la province de la Mongala ; à l'Est par la province de la Tshopo; au Sud par la province de Sankuru, du Kasaï et de Mai-Ndombe ; à l'Ouest par la province de l'Equateur et la province du Mai-Ndombe. Avec une superficie d'environ 132.957 km², la province de la Tshuapa comprend une ville (Boende) et six territoires, dont Boende, Befale, Djolu, Ikela, Bokungu et Monkoto (RDC, 2018).

Tshuapa possède un climat de **savane avec hiver sec** (Aw) selon la classification de Köppen-Geiger. Les précipitations à Tshuapa sont beaucoup plus importantes en été qu'elles ne le sont en hiver. Sur l'année, la température moyenne à Tshuapa est de 25.8°C et les précipitations sont en moyenne de 976.8 mm. Les Bosaka, les Ngombe, les Mongo, les Topoke, les Tswa (Pygmées), les Boyela, les Koka et les Bongando constituent les principales ethnies de la province (RDC,2018).

Sur le plan sanitaire, la province de la Tshuapa compte une Division provinciale et une Inspection provinciale de la santé au chef-lieu situé à Boende. La province a douze zones de santé ayant chacune un Hôpital général de référence (HGR) et plusieurs centres de santé (RDC, 2021).

Le virus Ebola qui avait sévi dans la province de la Tshuapa, précisément dans le territoire de Boende, Secteur de Djera, village de Lokolia avait fait 66 malades d'Ebola avec 49 décès soit une létalité de 74% dans un intervalle de quatre mois, soit du mois d'aout au mois de novembre 2014 (OMS, 2014).

Le territoire de Boende a deux hôpitaux : l'Hôpital Général de référence de Boende et celui de Wema. La zone de santé de Boende compte 33 centres de santé et 55 postes de santé. L'Hôpital Général de Référence de Boende a une capacité d'accueil de 90 lits et un flux mensuel moyen de 175 malades. L'hôpital fonctionne avec une moyenne de neuf médecins et 58 paramédicaux dont 29 infirmiers A1 et 24 infirmiers A2 (RDC, 2018).

A 120 km de Boende, il y a l'hôpital de référence de Wema qui fut créé par les missionnaires protestants. C'est un centre de santé qui fait office d'un hôpital. On y trouve quatre médecins et la capacité d'accueil est de 40 lits. Le revenu de la population de Boende étant minime, l'accès aux soins de santé est un luxe. Généralement, ce sont les plus démunis qui vont se faire

soigner à l'HGR. Les bâtiments sont dans un état macabre suite au manque d'entretien. Les maladies les plus récurrentes sont le paludisme, les infections respiratoires aigus (IRA), la diarrhée simple, les infections sexuellement transmissibles, l'hypertension artérielle et le diabète (RDC,2018).

1.6. Contexte sociétal et sanitaire du Bas-Uélé (2017)

Le Bas-Uele (ou Bas-Uélé) est une province de la République démocratique du Congo. Jusqu'en 2015, il était un district de la province Orientale. La province de Bas–Uélé est la 6eme province du pays à être touchée par l'épidémie de la MVE précisément dans la Zone de santé de Likati (environ 1.300 km au nord de Kinshasa la capitale de la RDC). Son épisode est apparu quelques mois après le grand épisode de l'Afrique de l'Ouest qui a sévi de 2014 en 2016.

La MVE de la province du Bas-Uélé avait réveillé des souvenirs douloureux remontant à 2014 : les dizaines de milliers de morts de la Guinée, Sierra Léone et du Libéria. Au niveau du pays, ce 8eme épisode s'est associé avec la guerre opposant les troupes du gouvernement et la milice de Kamuena Nsapu au grand Kasaï provoquant les déplacés internes, le poliovirus sauvage au Kasaï, l'insécurité persistante à l'Est du pays, les réfugiés des pays voisins tels que la République centrafricaine, le Sud Soudan, la situation politique interne.

La province de Bas-Uélé est une région éloignée des grands centres politiques de la RDC. Situé à l'extrême nord du pays, aux frontières du Soudan du Sud et de la République centrafricaine, la région du Bas-Uélé, aujourd'hui province couvre une superficie de 148 331 km^2. De cette région, 87 009 km^2 constituent l'étendue effectivement habitée et 61 329 km^2 des espaces vides, couvert par les savanes arbustives et herbeuses aux confins septentrionaux (RDC,2018).

Par sa superficie, la province du Bas-Uélé est, après la province de la Tshopo (199 567 km^2), la deuxième plus vaste dans l'ordre des nouvelles provinces démembrées. Mais, par sa démographie, elle est la dernière, devant la Tshuapa et le Sankuru. Il compte 1 093 845 habitants, soit une densité de 7,37 habitants au km^2 (total calculé sur base du nombre d'électeurs enrôlés en juin-décembre 2005) (RDC,2018).

Le Bas-Uele est limité au Nord par la République centrafricaine, à l'Est par la Province du Haut-Uélé , au Sud par la Province de la Tshopo au niveau de la rivière Tele située au sud de la cité de Buta sur la route nationale 4, à l'Ouest par les provinces de la Mongala et du Nord-Ubangi (RDC,2018).

La province comprend une ville (Buta chef-lieu de la province) et six territoires constitués de 7 secteurs, 43 chefferies et 11 communes totalisant 341 groupements et 42 quartiers. Les territoires sont : Buta, Aketi, Bondo, Ango, Bambesa et Poko.

La province du Bas-Uele correspond "aux domaines climatiques des types Aw et Am", définissant ainsi deux domaines biogéographiques distincts. Le domaine du type Am, ou domaine des forêts est situé au sud-ouest et sud-est de la province. Il couvre les territoires de Bambesa, Buta, Aketi et le sud du territoire de Poko, notamment dans la chefferie Malele. Il est caractérisé par l'existence de quatre saisons climatiques : deux saisons pluvieuses séparées par deux saisons sèches, dont l'une, longue, qui s'observe à partir du solstice d'hiver, c'est-à-dire de mi-décembre à fin février, et l'autre, courte, d'un mois, de fin juin à la mi-juillet. Le domaine du type Aw, ou domaine des savanes se localise dans le nord de la province. Il couvre les territoires d'Ango, Bondo et la majeure partie de Poko. Il est caractérisé par l'alternance de deux saisons bien tranchées : une longue saison pluvieuse et une courte saison sèche (RDC,2018).

Deux grands embranchements ethniques constituent l'essentiel de la population de la province du Bas-Uele. Il y a d'une part, la souche soudanaise majoritaire constituée des Azande, Ngbandi, Makere, Madi et Abarambo. D'autre part, la souche bantoue composée des Ababua, Benge, Benza, etc. À la suite de la longue cohabitation dans un même espace, on identifie les groupes dits mixtes comme les Kolongbandi, Nzakara, Kango et Bangbenda. Ce dernier peuple est actuellement presque entièrement azandéisé, parlant uniquement le pazande, oubliant de plus en plus le ngbenda (Fiche du Congo, 2017).

Les mouvements migratoires des peuples a rendu complexe la réalité linguistique dans le Bas-Uele. Deux blocs linguistiques, constitués des bantous et des soudanais s'entremêlent sur presque toute l'étendue de la province. Puis s'ajoute une autre langue de très grande diffusion : le Lingala. Mais dans le Bas-Uele, le parler lingala devient très fort influencé par les éléments des langues Swahili, Nemangbetu, Pazande, Logoti, etc.

Sur le plan sanitaire, la province du Bas-Uélé compte une Division provinciale et une Inspection provinciale de la santé au chef-lieu situé à Buta. La province a onze zones de santé possédant chacune un Hôpital général de référence (HGR) et plusieurs centres de santé. Le virus Ebola qui avait sévi dans la province du Bas-Uélé, précisément dans la zone de Likati, village du même nom avait fait 8 malades d'Ebola avec 4 décès soit une létalité de 50% dans un intervalle de deux mois, soit des mois du mai en Juillet (RDC,2021).

La province du Bas-Uélé fait également face à plusieurs maladies récurrentes, notamment la diarrhée aqueuse, la diarrhée sanglante, les infections cutanées et le paludisme. En outre, l'arrivée des réfugiés dans cette province a aussi fortement réduit l'accès aux services de santé de la reproduction et a entrainé un risque très élevé de propagation du VIH/SIDA, un risque d'accroissement des VBG et l'augmentation de la surmorbidité et la surmortalité néonatales et maternelles (RDC,2018).

1.7. Contexte sociétal et sanitaire de la Province de l'Equateur

La province de l'Equateur est victime de trois épidémies de la Maladie à Virus Ebola (2018, 2020, 2022). Le premier épisode de l'épidémie de la MVE dans la province de l'Equateur remonte en 2018. L'épidémie avait touché la cité de Bikoro et les zones de santé voisines (Wangata et Iboko). Le deuxième épisode de la MVE Equateur a sévi dans la ville de Mbandaka chef-lieu de la province en 2020. L'épidémie avait touché la zone de santé de Wangata, Mbandaka, Bolenge, Bolomba, Bikoro, Iboko, Ingende, Lotumbe, Monieka, Lolanga-Mampoko, Lilanga-Bobangi, Bomongo, Makanza. Le troisième épisode de la MVE Equateur a sévi toujours dans la ville de Mbandaka en 2022. L'épidémie avait toujours touché les zones de santé de Wangata et Mbandaka.

L'actuelle province de l'Equateur est issue du découpage du pays qui a eu lieu en 2015. Elle est limitée au Nord et au Nord-est par les Provinces de Sud Ubangi et Mongala, à l'Est par la Province de la Tshuapa, au Sud par la Province de Mai Ndombe et à l'Ouest par la République du Congo. Du point de vue hydrographique, la province est longée dans sa partie Ouest par le fleuve Congo relié au lac Tumba situé dans sa partie Sud-est (RDC,2018).

La province de l'Equateur est accessible par voies routière, fluviale et aérienne avec l'aéroport international de Mbandaka. Les principales activités économiques sont l'agriculture, la

pêche, l'élevage de petits bétails et le commerce. La majeure partie de la population vit en-dessous du seuil de pauvreté. La province est constituée de la ville de Mbandaka et de 7 territoires : Basankusu, Bikoro, Bolomba, Bomongo, Ingende, Lukolela et Makanza, avec une population totale de 2,8 millions d'habitants en 2020 répartis sur une superficie de 132.518 km², soit une densité de 21 habitants au km² (RDC,2018).

Sur le plan politique, la Province de l'Equateur est relativement calme. Cependant, des actes de banditisme surviennent de façon isolé et fait essentiellement des cas de tracasseries, vols et tueries sont de plus en plus signalés dans les axes du fleuve et de la rivière Lulonga vers Basankusu. Dans le fleuve, c'est souvent aux heures tardives des journées que les opérations à mains armées surviennent et dans les sous-bois des villages. Sur le plan économique la population vit essentiellement des activités forestières et riveraines : la chasse, la cueillette, l'écopage, l'agriculture, la pêche etc. Signalons que ces activités sont de peu de revenu. Ceci justifie la misère extrême dans certains coins de la province. Cet état de chose serait également à la base de la recrudescence des épidémies de la MVE. La population de l'Equateur est essentiellement composée de trois principaux groupes ethniques à savoir, les Bangala au Nord, les Mongo au Sud et les Batswa (Balumbe) ou Pygmées au Sud (RDC,2018).

Sur le plan sanitaire, la province de l'Equateur compte une Division provinciale et une Inspection provinciale de la santé au chef-lieu situé à Mbandaka. La province a dix-huit (18) zones de santé ayant chacune un Hôpital général de référence (HGR) et plusieurs centres de santé (RDC,2018).

L'épidémie de la MVE qui a sévi en 2018 dans la cité de Bikoro et les zones de santé voisines (Wangata et Iboko) a fait 54 malades d'Ebola dont 33 décès. L'épidémie de 2020 qui a sévi dans la zone de santé de Wangata et 12 autres zones de santé (Mbandaka, Bolenge, Bolomba, Bikoro, Iboko, Ingende, Lotumbe, Monieka, Lolanga-Mampoko, Lilanga-Bobangi, Bomongo et Makanza), a touché 113 personnes avec 44 décès. L'épisode de 2022 a fait cinq malades d'Ebola et tous les 5 sont décédés soit un taux de létalité de 100% (RDC,2018).

En dehors de problème sanitaire lié au virus Ebola, la province de l'Equateur fait face à plusieurs d'autres maladies avec un système de santé faible, non résilient, une carence en ressources allouées au système et une instabilité de ressources humaines. Au point de vue épidémiologique, on note la recrudescence de certaines maladies épidémiques telles que le choléra,

la rougeole, la diarrhée sanglante, le paludisme mais également la maladie à virus Ebola (RDC,2018).

1.8. Contexte sociétal et sanitaire de la Province du Nord Kivu (2018, 2020 et 2021)

La Province du Nord-Kivu est issue du découpage de l'ancienne Province du Kivu intervenu en 1988. Elle est parmi les provinces récemment touchées (2018 à 2021), mais curieusement elle devient la province la plus touchée en RDC. Le Nord Kivu et la Province de l'Equateur comptent chacune 3/14 épidémies apparues au pays. L'épisode qui a sévi en 2018 est la plus importante en RDC et le deuxième au monde après celle qui a sévi en Afrique de l'Ouest en 2014, précisément en Guinée Conakry. Comme celui de l'Afrique de l'Ouest, celui du Nord-Kivu (2018) a sévi également pendant 2 ans (RDC,2018).

La Province du Nord- Kivu est située à cheval sur l'Equateur. Elle est comprise entre 0° 58' de latitude Nord et 2° 03' de latitude Sud et entre 27° 14' de longitude Ouest et 29° 58' de longitude Est. Située à l'Est du pays, elle est limitrophe de quatre provinces congolaises, d'une région ougandaise et du Rwanda. Elle jouxte la province de l'Ituri au nord, les Provinces de la Tshopo et du Maniema à l'ouest et le Sud-Kivu au sud. À l'est, elle est limitée par l'Ouganda et le Rwanda. Sa superficie est de 59.631 Km², soit environ 2,5 % de l'étendue du territoire national. La Province du Nord-Kivu comprend trois villes principales : Goma comme capitale provinciale, Beni et Butembo. Elle est subdivisée en 6 territoires qui sont : Masisi, Beni, Lubero, Rutshuru, Walikale et Nyiragongo (RDC,2018).

La loi des armes prévaut dans cette province ravagée par la guerre en République démocratique du Congo. L'une des multiples milices locales, les Maï-Maï Kifuafui, y fait étalage de sa force. Depuis plus de vingt ans, des combats quasi incessants pour le contrôle des terres, des richesses minières et du pouvoir terrorisent la population (RDC,2018).

La Province du Nord-Kivu possède un climat océanique chaud sans saison sèche (Cfb) selon la classification de Köppen-Geiger. Sur l'année, la température moyenne du Nord-Kivu est de 18°C et les précipitations sont en moyenne de 363.6 mm. La population de Nord-Kivu est estimée 6 655 000 habitants, avec une densité de 112 habitants/km^2 (RDC, 2018).

La population en charge (inactive) entre 0 et 18 ans et celle âgée de plus de 55 ans représentent 62,9% du total des effectifs. Ainsi, il n'y a que 37,1% de personnes qui ont la charge

de tout le monde au niveau de la satisfaction des besoins vitaux et socio-économiques de la collectivité. Il faut également souligner qu'il y a environ 20,52% de la population à l'âge préscolaire (RDC,2018).

Il existe dans les populations autochtones de la Province du Nord- Kivu des Pygmoïdes, des Bantous et des Nilotiques. La race pygmoïde comprend les Mbute qui occupent la partie forestière du Nord- Kivu où ils pratiquent la chasse et la cueillette dans le cadre d'une vie de nomandisme. On les retrouve dans les Territoires de Masisi, Beni, Rutshuru et Lubero. Leur mode de vie est en recul à cause de la destruction de l'habitat naturel (forêt) et aussi de l'influence des tribus bantous voisines. Les PIRI (Territoire de Beni) sont plus réceptifs à cette évolution, car on rencontre de plus en plus d'agriculteurs parmi eux (Fiche du Congo, 2017).

Les Bantous constituent la majorité de la population autochtone du Nord- Kivu. Ils sont essentiellement des agriculteurs, éleveurs, pêcheurs et artisans. Ils sont présents dans tous les Territoires et Communes de la Province. Les Nilotiques, essentiellement composés des Tutsis venus du Rwanda, sont éleveurs et artisans dont l'aire d'occupation s'étend dans la Ville de Goma, les Territoires de Rutshuru et Masisi. Ils ne sont pas des autochtones, mais plutôt des immigrés (Fiche du Congo, 2017).

La société est structurée d'une manière traditionnelle avec le pouvoir coutumier qui s'organise au niveau de la Collectivité-Chefferie ainsi que d'une manière moderne avec les structures politico- administratives. La Collectivité-Chefferie est dirigée par le Mwami (qui est souvent le chef de la tribu) dont le pouvoir se transmet par filiation directe ou sanguine selon les traditions établies par la coutume. C'est le cas des Collectivités- Chefferies de Bakumu dans le Territoire de Nyiragongo, Chefferies des Talinga, Piri dans le Territoire de Beni, Swagha, Tangi dans le Territoire de Lubero, Bahunde dans le Territoire de Masisi. Le Mwami est secondé, entouré et conseillé par les notables qui constituent une cour des Sages. Il est le gardien et le dépositaire des traditions de la Collectivité. D'une manière moderne, la société a aussi des structures politico-administratives. Ces structures se retrouvent dans les agglomérations urbaines comme la Ville de Goma, les grands centres et dans les Collectivités-Secteurs de la Province du Nord- Kivu (Fiche du Congo, 2017).

Sur le plan sanitaire, la province du Nord-Kivu compte une Division provinciale et une Inspection provinciale de la santé au chef-lieu situé à Goma. La province a dix-huit (30) zones de santé possédant chacune un Hôpital général de référence (HGR) et plusieurs centres de santé (RDC,2021).

Le virus Ebola qui avait sévi dans la province du Nord-Kivu en 2018 et qui s'est étendu dans la province de l'Ituri a fait 3470 malades d'Ebola avec 2287 décès soit une létalité de 66 %. Sur un total de 3 470 cas confirmés et probables : 57 % (n = 1 974) étaient des femmes; 29 % (n = 1 006) étaient des enfants de moins de 18 ans ; 5 % (n = 171) étaient des agents de santé ; 2 287 décès sont notifiés (létalité 66 %); 33% (n = 1152/3 470) des cas sont décédés en dehors des centres de traitement Ebola ; 1 171 cas se sont remis de la maladie à virus Ebola. Au cours de l'épidémie, plus de 250 000 contacts de cas ont été enregistrés dans les provinces du Nord-Kivu, de l'Ituri et du Sud-Kivu (OMS,2021).

Le deuxième qui a sévi en 2021 dans la ville de Butembo a fait 12 malades d'Ebola avec 6 décès soit une létalité de 50%. Le troisième épisode qui a sévi de nouveau à Beni a fait quatre malades Ebola avec 2 décès soit un taux de létalité de 50 %. Au cours de ces huit dernières années, le Nord Kivu a été touché par une éruption volcanique majeure et par de nombreuses situations de crises humanitaires et sanitaires avec des déplacements de populations. Ce type de situation est considéré comme favorable à l'émergence et à la diffusion des épidémies de choléra, ajouté à cela le paludisme, le cas de diarrhée aigue, d'infection respiratoire et de fièvre y compris les violences sexuelles (OMS,2021).

1.9. Contexte sociétal et sanitaire de Province de l'Ituri

Ituri est depuis 2015 une province de la République démocratique du Congo à la suite de l'éclatement de la Province orientale. La province de l'Ituri a été touchée par l'épidémie de la MVE qui a commencé dans la province du Nord-Kivu en 2018, épidémie de la MVE réputée la plus importante sur les 14 épisodes qui ont sévi au pays et le deuxième au monde après celui qui a sévi en Afrique de l'Ouest en 2014 (RDC,2017).

La province de l'Ituri a comme chef-lieu Bunia, dans le territoire d'Irumu. Ituri a une superficie de 65 658 km^2 et est situé sur le versant occidental du lac Albert. Il partage des frontières avec l'Ouganda et le Soudan du Sud. Il comprend cinq territoires administratifs, qui

sont : Aru (6 740 km^2), Djugu (8 184 km^2), Irumu (8 730 km^2), Mahagi (5 221 km^2)et Mambasa (36 783 km^2) (RDC,2017).

Ituri est en proie à un conflit interethnique depuis 1999 qui a fait plus de 50 000 morts et 500 000 déplacés. Parmi les organisations rebelles, on peut citer l'Union des patriotes congolais, les généraux rebelles Nkunda Batware et Mutebusi du Rassemblement congolais pour la démocratie (RCD) et les Forces armées du peuple congolais (RDC,2017).

En 2003, l'ONG Human Rights Watch décrit l'Ituri comme « le coin le plus sanglant du Congo ». C'est dans ce contexte que survient la campagne militaire « Effacer le tableau », au cours de laquelle de nombreuses atrocités sont commises contre les civils d'après la Mission des Nations unies au Congo-Kinshasa (MONUC) (RDC,2017).

Ituri est une région de haut plateau (800-2000 mètres) qui possède non seulement une grande forêt tropicale mais aussi des paysages de savane. Le district possède une faune rare (Okapi...). Le climat est tropical humide d'altitude, il occupe la majorité de l'Ituri dont l'altitude varie entre 1.200 et 2.200 mm. Les précipitations annuelles sont de l'ordre de 1.200 et 1.800 mm et de température annuelle variant entre 15° et 25°c. La savane des hauts plateaux fait de l'Ituri une région à vocation agro-pastorale. Ituri apparaît comme un carrefour des peuplades congolaises. On y rencontre les pygmées, les bantous, les nilotiques et les soudanais (RDC,2018).

La Province de l'Ituri est composée de plusieurs tribus et ethnies dont les Lugbara, des Nio-Kamule, des Otso, des Zaki, les Kakwa, les Kaliko, les Omi, les Ndo, les Madhi, les pygmées, les Lendu, les Hema les Mambisa, les Bira, les Nyali, les lese, les Alur, les Ukebu, les Bambuti (pygmées), les Babila/Babombi et Babila/Bakwanza,, les Bandaka, les Bomb, les Walese/Dese, les Babudu, les Nande. Toutes ces tribus et ethnies sont reparties dans les cinq territoires de la province (Fiche du Congo, 2017).

Sur le plan sanitaire, la Province de l'Ituri compte une Division provinciale et une Inspection provinciale de la santé au chef-lieu situé à Bunia. La province a dix-huit zones de santé possédant chacune un Hôpital général de référence (HGR) et plusieurs centres de santé.

Ituri, l'une des deux provinces frappées par l'épidémie d'Ebola en 2018 a enregistré environ 2,19% des décès (soit 50 sur 2287) sur l'ensemble des décès de Nord Kivu-Ituri. Selon les statistiques officielles fournies par le Bureau régional de l'OMS, Ituri a été frappé par les épidémies

de choléra, l'épidémie de peste bubonique, l'épidémie de peste pulmonaire, l'épidémie de coqueluche, l'épidémie de méningite. Les principales raisons liées à ces explosions épidémiques sont les conditions d'hygiènes précaires, le déplacement de population et la surpopulation et l'existence des foyers endémiques pour certaines maladies comme la peste et le choléra (OMS, 2020).

Résumé du chapitre

Ce chapitre a décrit l'environnement sociétal et sanitaire dans lequel les différents épisodes épidémiologiques de la MVE ont sévi en RDC. Dans l'ensemble, la RDC a connu 15 épisodes de l'épidémie de la MVE. Au total, neuf provinces (Mongala, Kwilu, Kasaï, Haut-Uélé, Tshuapa, Bas-Uélé, Equateur, Nord Kivu et Ituri) et plusieurs ethnies du pays ont été touchées par la MVE. L'ancienne grande province du Katanga est la seule région qui n'a jamais connu un seul épisode de la MVE. L'organisation administrative du secteur de la santé publique en RDC permet de gérer et de contenir la maladie dans un seul espace géographique, afin d'éviter la propagation de l'épidémie à grande échelle. Chaque zone touchée possède une culture donnée dans laquelle les équipes d'interventions doivent adapter la riposte selon les us et coutumes.

***. ***. ***

CHAPITRE II. CADRE CONCEPTUEL

« La lecture est la gymnastique de l'esprit ; plus vous lirez, plus vos neurones seront en excellente forme mentale. »
(Jacques Caron, 1949)

2.1. Définition des concepts

2.1.1. Maladie à Virus Ebola (MVE)

La maladie à virus Ebola (autrement appelée fièvre hémorragique à virus Ebola) est une maladie grave, souvent mortelle, dont le taux de létalité peut atteindre 90%. Comme son nom l'indique, elle est due au virus Ebola, qui appartient à la famille des filovirus (OMS, 2017). Jadis et sporadiquement la première fois, le virus a été détecté chez l'homme dans les villages de Nzara (Sud Soudan) et de Yambuku (République démocratique du Congo) en 1976 (Johnson et al., 1977), la maladie à virus Ebola (MVE) a provoqué plusieurs épidémies. Les scientifiques ne connaissent pas la racine du virus Ebola, cependant, ils ont découvert que le virus était d'origine animale en se basant sur des virus similaires existants. La source la plus proche possible étant les chauves-souris ou les primates non humains (chimpanzés, singes, etc.). Le virus Ebola compte 3 genres : Cuevavirus, Marburgvirus et Ebolavirus. Cinq espèces ont été identifiées chez Ebolavirus : Zaïre, Bundibugyo, Soudan, Reston et Forêt de Taï. Les 3 premières ont été associées à d'importantes flambées en Afrique. Le virus a été à l'origine de la flambée en Afrique de l'Ouest et celui qui a sévi à l'Est de la Rd Congo appartient à l'espèce Zaïre (OMS, 2019). La plus importante épidémie s'est produite en Afrique de l'Ouest (Guinée, Liberia, Sierra Leone) entre 2014 et 2016 (Centers for Disease Control and Prevention, 2016 ; Organisation mondiale de la santé, 2016). Déclarée comme une " urgence de santé publique de portée internationale (USPPI) " en 2014 par l'Organisation mondiale de la santé (Organisation mondiale de la santé, 2014), la maladie à virus Ebola de 2014-2016 est également l'épidémie de MVE la plus meurtrière depuis sa découverte (Organisation mondiale de la santé, 2016).

La République démocratique du Congo a connu 14 flambées épidémiques (Organisation mondiale de la santé l'Organisation mondiale de la santé, 2020), dont la dixième, déclarée comme USPPI par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) le 17 juillet 2019 (Organisation mondiale de la santé, 2019), s'est déroulée de 2018 à 2020. Elle a été réputée être la plus meurtrière en République démocratique du Congo et la deuxième au monde après celle de l'Afrique de l'Ouest (Ministère de la santé de la RDC et OMS-Afrique, 2019). L'épidémie de 2014-2016 avait un taux de mortalité allant de 50 à 90 %, selon la région (Centers for Disease Control

and Prevention, 2016 ; Organisation mondiale de la santé, 2016). La dixième épidémie qui a sévi dans les provinces du Nord-Kivu et de l'Ituri en République démocratique du Congo, qui sont en guerre depuis 15 ans, présente un taux de létalité de plus de 60 % (Ministère de la santé de la RDC et OMS-Afrique, 2019). La 14eme épidémie qui a sévi dans la province de l'Equateur présente un taux de létalité de 100 %. Malheureusement, le taux de létalité reste élevé nonobstant les progrès médicaux dans le traitement de la MVE.

En plus des symptômes physiques récurrents qui accompagnent la maladie (par exemple, fièvre, maux de tête sévères, douleurs musculaires, faiblesse, fatigue, diarrhée, vomissements, douleurs abdominales et stomacales, hémorragies inexpliquées de l'estomac, etc.), la MVE laisse souvent des effets secondaires à vie, même chez ceux qui sont étiquetés comme indemnes de la maladie (Chertow et al., 2014 ; Goeijenbier et al., 2014). Il est tout à fait évident que les problèmes ophtalmologiques, les douleurs articulaires, musculaires et dorsales, la perte d'audition ou les acouphènes, les douleurs abdominales et stomacales, les palpitations et la tachycardie, ainsi que les problèmes de sommeil soient parmi les séquelles à long terme les plus fréquemment rapportées de la MVE chez les patients guéris (Epstein et al., 2015 ; Etard et al., 2017 ; Holland et Rimoin, 2018 ; James et al., 2019 ; Scott et al., 2016 ; Vetter et al., 2016).

Une étude menée à la suite de l'épidémie de 2008 en République démocratique du Congo a montré l'impact traumatique de la MVE sur le vécu subjectif de ses victimes (Balayulu, 2017). Les études menées à la suite de l'épidémie de 2014-2016 ont également signalé des conséquences importantes sur la santé mentale des personnes qui se sont remises de la MVE (Etard et al., 2017). En plus des conséquences sur la santé physique, la peur de la mort, le deuil de défunts parents du virus, l'anxiété, la détresse psychologique vécue dans les centres de traitement Ebola et la stigmatisation associée à la MVE peuvent également être des facteurs de risque pour le développement des problèmes mentaux chez les survivants, leurs familles, les communautés et les agents de santé (Betancourt et al, 2016 ; Cénat et al., 2019 ; Kamara et al., 2017 ; Mohammed et al., 2015b ; Wilson et al., 2018).

2.1.2. Santé Mentale

La santé mentale doit être comprise comme une ressource essentielle qu'il faut protéger, alimenter et soutenir. Elle n'est pas seulement l'absence des problèmes psychiques. L'Organisation mondiale de la santé (OMS) (2014) définit la santé mentale comme un « état de bien-être dans lequel chaque individu réalisant son propre potentiel, peut faire face au stress normal de la vie, peut travailler de manière productive et fructueuse et peut apporter une contribution à sa communauté. » En considérant la définition de l'OMS (2014), on peut se rendre compte du fait que la santé mentale peut se situer sur un continuum (Stephan, 2018).

A une extrémité, on trouve des problèmes de santé mentale ou un mal-être, tels que des troubles affectifs, anxieux et de la personnalité (dépression majeure, trouble anxieux généralisé) qui perturbent le fonctionnement quotidien des individus, ainsi que des sentiments moins sévères de détresse (se sentir anxieux, tendu, triste ou déprimé) qui réduisent la qualité de vie des individus (Stephan, 2018). À l'autre extrémité, on a le bien-être, c'est-à-dire l'expérience de « vivre dans un état qui est en quelque sorte bon » (Warr, 2013, p. 77). Il se caractérise par des sentiments développés par la psychologie positive (satisfaction, bonheur, fonctionnement et expériences psychologiques optimaux (Shankland, 2019). Deux types de bien-être sont souvent différenciés : le bien-être hédonique et le bien-être eudaimonique.

Le bien-être hédonique se rapporte au bonheur en termes d'atteindre le plaisir et éviter la douleur (Kahneman, Diener & Schwarz, 1999 cité par Ryff, 2017 ; Ryan & Deci, 2001). Il a trois composantes : le plaisir de vivre, la présence d'affect positif et l'absence d'affect négatif (Diener, Suh, Lucas & Smith, 1999). Le bien-être eudémonique implique la réalisation de soi et le degré auquel une personne fonctionne pleinement et se sent vivante, prospère et authentique (Ryan et Deci, 2001). Elle est associée à la résilience et à l'adaptabilité dans des situations défavorables (Ryff, 2017). Le bien-être eudémonique découle, par exemple, de la réussite dans des activités énergiques et autodéterminées (Ryan & Deci, 2001; Ryff, 2017).

La santé mentale et le bien-être mental font traditionnellement l'objet de recherches en psychologie, en médecine et en santé publique. La santé mentale est essentielle au fonctionnement humain efficace (Ryan et Deci, 2001; Ryff, 2017). Elle est plus que l'absence de troubles mentaux. La santé mentale fait partie intégrante de la santé, en effet, il n'y a pas de santé

sans santé mentale. La santé mentale est déterminée par une série de facteurs socioéconomiques, biologiques et environnementaux. Il existe des stratégies et des interventions intersectorielles d'un bon rapport coût/efficacité pour promouvoir, protéger et recouvrer la santé mentale. La santé mentale est une composante essentielle de la santé.

2.1.3. Victimes d'Ebola

Les définitions victimologiques ne diffèrent pas uniquement à des critères légaux (lois nationales et instruments internationaux). Elles sont plus extensives que les définitions infractionnelles, portant sur des notions plus subjectives et centrées davantage sur la personne que sur les faits subis. D'après Josse (2019), la victime est toute personne qui, du fait de l'action (intentionnelle ou non) d'une autre personne, ou d'un groupe de personnes, ou du fait d'un événement non causé par une personne (catastrophe naturelle ou accident sans auteur), a subi une atteinte à son intégrité physique ou mentale, ou à ses droits fondamentaux, une perte matérielle, ou tout autre préjudice (scolaire, professionnel, d'agrément, moral, etc.)».

Selon Crocq que cite Joss (2019), est victime toute personne qui a subi une atteinte à son intégrité physique ou psychique ainsi que toute personne physique ou morale qui a subi un outrage à l'honneur ou à ses droits fondamentaux, une perte de biens matériels ou tout autre préjudice sur le plan scolaire, professionnel, privé, moral, etc. Ces dommages peuvent avoir été causés par un ou plusieurs actes commis délibérément ou involontairement par une personne ou une collectivité, actes dont la personne physique ou morale peut ne pas avoir conscience. Ils peuvent aussi résulter d'une catastrophe naturelle ou d'un accident sans tiers en cause.

Les victimes peuvent être des enfants, des adolescents ou des adultes. Le degré de victimisation dépend aussi de l'âge. Par exemple, les enfants seront plus victimisés que les individus des autres tranches d'âge.

2.1.3.1. Types de victimes

Le degré d'implication de la victime au stress lié à la MVE détermine le type de victimisation. On distingue :

1) Victimes directes ou primaires :

- Elles sont directement exposées à la MVE ;
- Elles expérimentent la mort ;
- Elles sont témoins de décès des autres malades au CTE ;
- Il s'agit des cas confirmés, cas suspects, déchargés, guéris.

2) Victimes indirectes ou victimes par ricochet :

- Elles ne sont pas directement atteintes de la MVE,
- Mais sont concernées par elle et/ou par ses conséquences du fait de leur proximité émotionnelle avec les victimes directes.

3) Victime Indirecte Secondaire

Les victimes secondaires se comptent parmi les proches (partenaire conjugal, famille, amis proches) et les professionnels de première ligne (personnel médical, intervenants psychosociaux, infirmiers etc.) en contact direct avec les victimes primaires.

4) Victime Indirecte Tertiaire

Les victimes tertiaires sont l'entourage (famille élargie, voisins, collègues, etc.) et les professionnels de deuxième ligne (enquêteurs, conducteurs etc.) en relation avec les victimes directes et leurs proches en détresse.

5) Victime Indirecte Quartenaire

Les victimes quartenaires sont les membres d'un groupe, d'une nation, voire la population mondiale, affectés ou touchés par une maladie mortelle (touchant les membres de leur groupe ethnique, religieux, professionnel, d'âge, d'orientation sexuel, de genre, de catégorie sociale, zone de santé, aire de santé, etc.).

2.1.4. Problèmes de santé mentale liées à la MVE

À tout moment, différents facteurs individuels, familiaux, communautaires et structurels peuvent se combiner pour former un ensemble qui protège ou, au contraire, compromet la santé mentale (OMS, 2022). Les problèmes de santé mentale peuvent survenir chez des personnes qui subissent des pertes importantes ou qui vivent des événements traumatisants. Ces

situations sont susceptibles d'engendrer des perturbations mentales, émotionnelles ou comportementales, qui se trouvent en deçà de celles associées aux troubles mentaux. Ainsi, les problèmes de santé mentale correspondent à des perturbations qui interfèrent avec le fonctionnement habituel de la personne ainsi qu'à des symptômes qui s'apparentent à ceux liés aux troubles mentaux tout en étant moins importants et d'une durée plus courte (INSPQ, 2008 ; Fortinash & Worret, 2016).

Dans un contexte où les épidémies de la MVE deviennent récurrentes dans des pays qui n'ont ni les ressources humaines, ni les ressources matérielles, ni les ressources financières nécessaires pour répondre aux besoins sanitaires des populations et des communautés touchées (Kentikelenis et al., 2015 ; McPake et al., 2019 ; O'Hare, 2015), il est impérieux d'évaluer la force des liens entre Ebola et la santé mentale. Bien qu'elles puissent influencer les attitudes et les comportements à l'égard de la MVE et donc jouer un rôle clé dans la conception de la prévention. Dans les pays touchés, les questions de santé mentale ont tendance à être négligées dans les processus des individus guéris, endeuillés et survivants au sein de la communauté.

L'épidémie de la MVE est un événement potentiellement traumatisant (Josse 2019, Balayulu, 2017). Dans une revue de la littérature multidisciplinaire, plusieurs auteurs ont stigmatisé la présence des problèmes de santé mentale chez les personnes des communautés victimes de l'épidémie de la maladie à virus Ebola. En effet, en plus des symptômes physiques récurrents qui accompagnent la maladie, la MVE laisse souvent des effets secondaires à vie, même chez ceux qui sont suspectés comme porteurs du virus parce que présentant les symptômes semblables, ensuite déclarés non-cas (Chertow & al., 2014 ; Goeijenbier & al., 2014).

Il est tout à fait évident que les problèmes ophtalmologiques, les douleurs articulaires, musculaires et dorsales, la perte d'audition ou les acouphènes, les douleurs abdominales et stomacales, les palpitations et la tachycardie, ainsi que les problèmes de sommeil, soient parmi les séquelles à long terme les plus fréquemment rapportées de la MVE chez les patients guéris (Epstein & al., 2015 ; Etard & al., 2017 ; Holland & Rimoin, 2018 ; James et al., 2019 ; Scott & al., 2016 ; Vetter & al., 2016).

Les études menées à la suite de l'épidémie de 2014-2016 ont également effleuré des conséquences importantes sur la santé mentale des personnes qui se sont remises de la MVE (Etard et al., 2017). En plus des conséquences sur la santé physique, la peur de la mort, le deuil des défunts

parents du virus, l'anxiété, la détresse psychologique vécue dans les centres de traitement Ebola et la stigmatisation associée à la MVE peuvent également être des facteurs de risque pour le développement de problèmes mentaux chez les survivants, leurs familles, les communautés et les agents de santé (Betancourt & al, 2016 ; Cénat & al., 2019 ; Kamara & al., 2017 ; Mohammed & al., 2015b ; Wilson & al., 2018 ; Josse, 2019 ; Balayulu, 2017). Pour Ado & al, (1998), la peur, le déni et la honte étaient les principaux sentiments initiaux chez les survivants d'Ebola à Kikwit.

Des auteurs signalent également la présence de stress aigu chez les personnes ou communautés victimes de l'épidémie de la MVE. Une étude menée aux Etats-Unis sur la crise Ebola de 2014 qui a sévit en Afrique de l'Ouest a reçu une attention médiatique sans précédent dans ce pays, malgré un faible risque de transmission. L'étude a examiné les corrélations théoriquement dérivées de la réponse psychologique à la crise, y compris l'exposition médiatique liée à a MVE, les antécédents de santé mentale et la réponse au stress à un traumatisme collectif antérieur récent (l'attentat du marathon de Boston en 2013, BMB). L'étude a retenu un échantillon de probabilité nationale en remplissant un sondage de 2 à 4 semaines après le BMB ; 18 mois plus tard, le même échantillon a signalé des réponses à la crise de la MVE (N = 3 447).

Les antécédents de diagnostics de santé mentale, de réponse aiguë au stress au BMB et d'exposition aux médias liés au virus Ebola ont été associés à une plus grande détresse psychologique et à une déficience fonctionnelle. Le stress aigu antérieur et l'exposition médiatique liée au virus Ebola ont également été associés à des inquiétudes liées au virus Ebola. Les personnes dont le stress aigu lié à la BMB était plus élevé et qui consommaient davantage de médias liés au virus Ebola étaient plus préoccupées par la transmission du virus Ebola. La couverture médiatique de la crise de santé publique de la MVE a été associée à des résultats psychologiques négatifs, même chez les personnes à faible risque de contracter la maladie.

Des études ont prévalu que jusqu'à 40% des survivants de la MVE remplissaient les critères du trouble de stress post-traumatique (Cénat et al., 2020, Betancourt et al., 2016 ; Colorado, 2017 ; Keita et al., 2017b). Une étude menée en Sierra Leone pendant l'épidémie de la MVE de 2014 a montré que dans de nombreux districts, plus de 40 % d'individus ont été diagnostiqués comme souffrant de TSPT (par ex. 67 % à Bombali ; 60 % à Kailahun ; 56 % à Moyamba) (Colorado, 2017). Ainsi, des conséquences négatives telles que le TSPT peuvent accompagner des virus.

Une étude menée en Sierra Leone a montré que les personnes ayant reçu un diagnostic de SSPT étaient moins susceptibles de s'engager dans des tâches préventives (Betancourt et al., 2016). En d'autres termes, elles étaient moins susceptibles d'adopter des comportements capables d'empêcher la transmission du virus de la MVE (par exemple, se laver les mains, être prudent, etc.). Lorsqu'une personne a subi un traumatisme, il est moins probable qu'elle soit préoccupée par l'autoconservation, l'auto-préservation alors qu'elle est accablée par des symptômes psychologiques négatifs (p. ex., pensées intrusives, évitement, etc.).

Dans une étude qualitative menée en Rd Congo sur la 5eme épidémie de la MVE qui a sévit en 2008 dans la province du Kasaï, sur un échantillon de 62 sujets victimes d'Ebola, 38,70 % des sujets ont présenté le Trouble de l'adaptation. Parmi les 38,70%, 19,35% des sujets malades suspectés d'être porteurs du virus Ebola, 14,51 % des sujets déclarés avoir été en contacts avec des personnes déclarées positives au virus Ebola. Selon le sexe, les femmes ont plus présenté le Trouble de l'adaptation avec 25,80 % que les hommes avec 12,90 % de cas. Selon les tranches d'âge, les enfants et adolescents ont plus souffert de Trouble de l'adaptation avec 20,95 % contre 9,60 % des jeunes adultes, 4,83 % d'adultes moyen et 3,22 % des personnes âgées (Balayulu, 2017).

Pour cette recherche, considérant la petite revue de littérature ci-dessus, nous nous focalisons sur quelques problèmes de santé mentale. Il s'agit notamment de la détresse péri-traumatique, la détresse psychologique et la santé mentale générale.

2.1.4.1. Détresse péri-traumatique

La détresse péri-traumatique est la résultante des réactions émotionnelles négatives à la confrontation le plus souvent brutale et inattendue à un événement particulièrement menaçant (Louville & Salmona , 2013). De nombreuses études ont montré que la détresse péri-traumatique, qui reflète certaines des perturbations neurobiologiques à l'origine de la constitution du souvenir traumatique, permettait de prédire avec une grande fiabilité la survenue ultérieure d'un syndrome psycho-traumatique (Jehel et al. 2005). La gravité du retentissement d'une catastrophe nécessite des stratégies thérapeutiques dont les preuves d'efficacité s'appuient sur des résultats positifs dans le sens d'amélioration du bien-être. Plusieurs auteurs insistent sur l'importance de la réaction immédiate pour prévenir la gravité et la durée des troubles post-traumatiques (Jehel et al., 2005).

2.1.4.2. Détresse psychologique

La détresse psychologique est définie dans le DSM-5 (1) comme étant un éventail de symptômes et d'expériences de la vie interne d'une personne qui sont communément considérés troublant, déroutant, ou hors de l'ordinaire. La détresse psychologique constitue un des critères diagnostiques de plusieurs troubles mentaux (DSM-5, 2015). Elle résulte d'un ensemble d'émotions négatives qui, lorsqu'elles sont vécues avec persistance chez un individu, peuvent entraîner des conséquences de santé importantes telles que la dépression et l'anxiété. En effet, la détresse psychologique non traitée est un facteur de risque majeur pour les troubles mentaux tels que la dépression, les troubles de stress post-traumatique, l'anxiété et autres (Cardozo et al., 2012). Chez les personnes ne souffrant d'aucun trouble psychiatrique, la détresse psychologique survient généralement suite à un ou plusieurs évènements traumatisant(s). Il s'agit d'un processus au cours duquel apparaissent des signes de stress et d'anxiété.

2.1.4.3. Santé mentale générale

Le bien-être émotionnel (hédonique), le bien-être psychologique et le bien-être social (eudémonique) définissent le large spectre de la santé mentale générale. La santé mentale générale est donc un état de bien-être mental général. La santé mentale générale est déterminée par un ensemble complexe de pressions et de vulnérabilités d'ordre individuel, social et structurel.

Dans une étude parue dans *Natural Hazards*, des chercheurs américains montrent que l'exposition répétée à des catastrophes, naturelles ou industrielles, dégrade la santé mentale générale à long terme (Sansom, 2022). Pourtant, le nombre de catastrophes naturelles a doublé en 20 ans dans le monde (Centre for Research on the Epidemiology of Disasters United Nations, 2020). Dans certaines régions, ces événements sont particulièrement fréquents, à l'instar de la MVE qui a déjà sévi en sept épidémies ces 5 dernières années en RDC.

Plusieurs personnes sont victimes des catastrophes, et cela a des conséquences psychologiques immédiates sur leur santé mentale générale. Soucieuse de la complexité de la santé mentale générale, l'OMS défend la nécessité d'agir de toute urgence dans le domaine de la santé mentale, et c'est une évidence (OMS, 2022), car la santé mentale fait partie intégrante du bien-être général et en est une composante essentielle.

Un bon état de santé mentale générale se caractérise pour un individu confronté à un ou plusieurs événements traumatisants, par sa capacité à poursuivre normalement ses activités quotidiennes et l'absence de symptômes conduisant à un état de détresse psychologique. Chez un individu ou dans une population donnée, on notera en cas de bonne santé mentale générale, l'absence ou une très faible proportion de la dépression, de l'anxiété, des plaintes somatiques et du retrait social (Langevin, François, Boini & Riou, 2011). A l'inverse, les perturbations de santé mentale générale se caractérisent par la présence à un degré assez marqué de tous les problèmes ci-dessus cités (anxiété, dépression, plaintes somatiques, retentissement social).

2.1.5. Vécu subjectif

Vermersch (2014) délimite l'usage spécifique de la notion de vécu subjectif qui serait propre à la psycho phénoménologie. Pour cet auteur le vécu est une situation qui a été effectivement vécue par le sujet et elle est vécue de façon subjective. Pour Roussillon (2018), la subjectivité, c'est la manière dont le sujet donne sens à ce qui lui arrive, à ce qui se produit en lui, à ce qui se passe dans sa vie. Donner sens, c'est la chose la plus essentielle de la vie psychique humaine. L'être humain fonctionne « au sens », tout s'organise en fonction du sens. C'est pour dire donc que l'être humain ne fonctionne pas sans donner sens à ce qui se produit en lui ou chez l'autre. Même dans les situations dites ''traumatiques'', le fait même de les dire traumatique ou de vivre comme tel, est déjà donner une première forme de sens.

Vermersch (2012) résume les éléments du vécu pour l'usage lié à la recherche sur la subjectivité. Un vécu subjectif est un temps singulier qui a été effectivement vécu par un sujet et un seul. Il s'inscrit dans une micro-temporalité définie par la granularité de ce qui le compose.

Suite à une épidémie à la survenue brutale et imprévue et à l'origine inhabituelle, qui sème la mort de n'importe qui et menace de tuer tout le monde, le vécu subjectif va dépendre d'une personne à une autre, d'une personnalité à une autre, d'une culture à une autre, de l'âge de la victime, de son sexe, de son histoire, etc.

C'est ainsi qu'en se référant à un travail psychothérapeutique avec les victimes d'un événement potentiellement traumatique, Vermeiren (2009), propose qu'au-delà de l'événement lui-même, il convient de rencontrer le sujet dans sa singularité, en positionnant l'expérience

traumatique autour de tout ce qui le constitue en pré, péri et post-traumatique, y compris dans ses relations aux autres et dans son fonctionnement au quotidien.

Pour Iannaccone & Cattaruzza (2015), l'évolution du paradigme du conflit sociocognitif nous a montré que la prise en compte des points de vue des participants aux expériences subjectives permettait de mieux comprendre les subtils processus d'interprétation de la tâche, qui souvent se déploient sous une dimension implicite.

2.2. Théories explicatives de l'étude

La présente thèse trouve son explication première avec la théorie comportementale en psychologie. Cette théorie focalise ses études exclusivement sur les stimuli de l'environnement qui entraînent des réactions utiles ou non. L'application de cette théorie dans la présente étude s'illustre essentiellement au fait que l'étude est centrée exclusivement sur l'épidémie de la maladie à virus Ebola (EMVE) comme stimulus de l'environnement qui entraînent des réactions utiles (adaptation) ou non (problèmes de santé mentale). Nous nous sommes intéressés à l'association stimuli-réponses, dans laquelle les stimuli sont la stigmatisation, le degré d'exposition, la stratégie de coping résultant de l'épidémie de la MVE et les réponses objectivables sont la détresse Péri-Traumatique, la détresse psychologique et problème de santé mentale générale.

La deuxième théorie explicative de la présente thèse est la théorie psychanalytique. Selon cette dernière, les comportements des individus sont largement influencés par les forces psychiques internes. La théorie psychanalytique du traumatisme proposée par Freud (Roussillon, 2018) concerne les effets psychiquement traumatiques de certains événements ayant atteint une certaine intensité débordant les capacités du psychisme, lui impactant une désorganisation avec risque d'une naissance de la pathologie psychique. Cette théorie a amené la présente thèse à conférer le caractère traumatique à l'épidémie de la MVE, compte tenu de l'intensité d'excitation avec laquelle elle provoque l'anxiété, le stress et la détresse chez les individus victimes. Elle a aussi conféré le caractère traumatique à la MVE du fait de ses effets collatéraux toxiques (stigmatisation, exposition au virus, stratégies de coping et mécanismes défensifs immatures) répétés de nombreuses fois tout au long de la flambée (traumatisme cumulatif).

2.3. Modèles théoriques de la recherche

La présente recherche se réalise dans une approche mixte. Elle inclut une étude quantitative et une étude qualitative. Par ricochet, deux modèles théoriques sont présentés. Le modèle théorique explicatif pour l'étude quantitative et le modèle théorique compréhensif pour l'étude qualitative.

2.3.1. Modèle théorique explicatif

Dans le cadre de cette étude, le modèle théorique explicatif se réfère à deux grandes théories en psychologie : Comportementale et Systémique (éco-systémique). Il est schématisé dans la Figure 1.

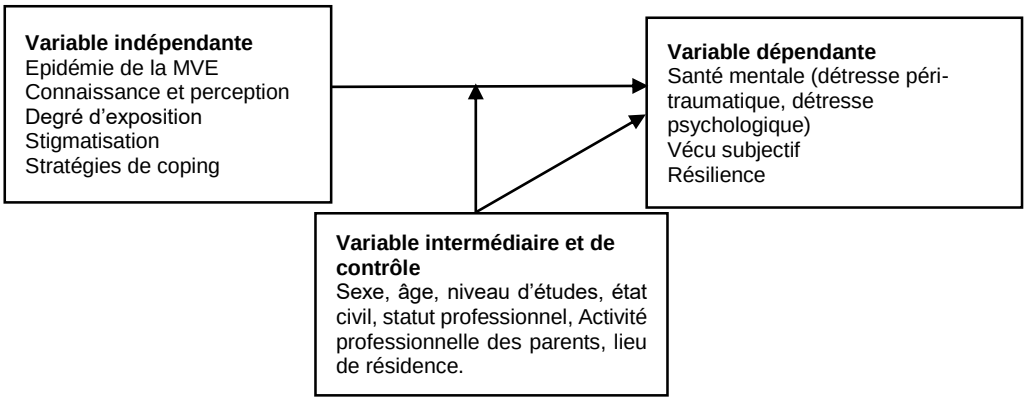


Figure 1 : Modèle explicatif de la recherche

2.3.2. Modèle théorique compréhensif

Le modèle théorique compréhensif est à vocation compréhensive. Il propose une argumentation pour comprendre le vécu subjectif de maladie à virus Ebola. Il se réfère à l'approche phénoménologique de la théorie psychanalytique.

Argumentaire

Le virus Ebola tue, impose une menace de mort, endeuille les familles, limite les relations fraternelles, change le mode de vie communautaire, interdit les pratiques courantes, empêche la réalisation du deuil, etc., autant de situations traumatiques liées à la MVE. Les personnes confrontées à l'excès d'excitation du virus, sont débordées dans leurs capacités à endurer et à lier la situation épidémique qui se présente dans leur milieu de vie. Ce genre d'excitation produit une effraction psychique étendue qui est à l'origine d'une douleur psychique (Roussillon, 2007). Le

débordement traumatique lié au virus produit un état dans lequel les personnes affectées et ou infectées ne peuvent véritablement pas le représenter symboliquement, le mettre en sens, ni même le lier d'une manière non-symbolique. Les personnes touchées manquent parfois les moyens de recours pour faire face à la menace de contamination, à l'infection que celles-ci représentent pour son intégrité psychique ou somatique.

La sidération psychique et le « médusage » qui accompagnent le trauma « sidèrent » aussi la temporalité et l'ensemble du système « secondaire » de la psyché (Roussillon, 2007). La moyenne de la durée de la riposte qui est de 3 mois, paraît aux yeux des communautés affectées comme une expérience à durée interminable ou plutôt hors du temps, hors histoire et hors temporalité historisante. La douleur induit par le virus Ebola est sans représentation, sans recours, sans fin. Son expérience traumatique est « **immaîtrisable** », « insaisissable », non liable par la psyché, elle ne peut être « domptée » selon la métaphore proposée par Freud ; c'est pourquoi elle est débordante et désorganisatrice. Ce genre de douleur fait encourir à la psyché la menace d'**une mort psychique**, d'un état de mort de la subjectivité (Winnicott, 2000), d'effondrement de celle-ci, qui est l'équivalent psychique de la menace de mort impliquée dans les états psychiatriques de « névrose traumatique ».

La douleur induit par le virus génère une terreur sans nom (Bion, 2003), une agonie (Winnicott, 2000 ; Roussillon, 2007 ; Kaes, 2020), une angoisse catastrophique (post-Klienniens), un développement d'angoisse sans limites (Freud), selon les différents termes proposés et qui tous tentent de définir l'effet de la confusion psychique qu'entraîne la **« situation extrême »** pour la subjectivité, la menace identitaire d'annihilation qu'elle fait encourir.

Nous pouvons donc dire que le traumatisme du virus Ebola se caractérise autant par ce qui se passe pendant la flambée, que par l'incapacité dans laquelle les victimes se trouvent de donner sens à ce à quoi elles sont confrontées, incapacité qui peut provenir de leur immaturité mais aussi des conditions d'environnement dans lesquelles elles se trouvent placé, de la faillite d'une situation environnementale que leur renvoie le virus Ebola « symboligène ».

Dans la zone touchée, les personnes affectées et infectées par l'épidémie de la MVE peuvent souvent se sentir pris dans les sentiments de peur et d'angoisse à l'issue de la prise de conscience d'un danger ou d'une menace réelle (maladie grave) et à l'issue d'une émotion suscitée

par un danger imaginaire (fantasmé). Peur sans objet légitime (maladie perçue comme grave), mais qui porte ses effets défavorables. Peur et angoisse qui se transforme en frustration, qui entrave l'accomplissement des désirs, projets, obligations, etc… Peur et angoisse qui se transforme en mal-être de suite d'une maladie infligeant une souffrance réelle ou pressentie (imaginée). Peur et angoisse qui se transforme en appréhension et à l'effroi face à l'acte médical : dispositifs « techniques », termes, secrets et interdits du Centre de Traitement Ebola (CTE), sac mortuaire, enterrement sécurisé, etc.

Peur et angoisse du mystère de la MVE et d'une maladie inconnue de la culture, où la communauté va se mettre à rechercher les informations, à demander le nom de la maladie et son diagnostic. Peur et angoisse de la menace concernant l'intégrité de sa vie, de son corps avec l'évocation de la mort. Peur et angoisse d'une maladie qui entraîne une atteinte à ***l'image idéale de soi*** (représentation de soi).

Face à ces émotions de peur et/ou de l'angoisse, les personnes affectées et ou infectées recourent à deux modalités d'expression, notamment l'inhibition chez les sujets extravertis ou hyperémotifs qui font de la MVE un drame, une catastrophe et la dissimulation chez les sujets introvertis ou à lexithymiques, qui est une culture sociale du secret. Nous assistons alors à plusieurs manifestations face au virus Ebola, plusieurs interprétations, plusieurs significations, plusieurs sens, plusieurs moyens défensifs selon la culture, selon la personnalité et selon sa subjectivité.

Fort de ce qui précède dans les modèles théoriques de l'étude, nous avons formulé les hypothèses suivantes :

1) La détresse péri-traumatique, la détresse psychologique, l'anxiété et la dépression seraient parmi les problèmes de santé mentale majeurs associés à l'épidémie de la MVE auprès des populations adultes, enfants et adolescents infectés et ou affectés.
2) Les stratégies de coping orientées vers la recherche de soutien social auprès de la famille, des amis et d'autres personnes auraient des effets non significatifs sur les problèmes de santé provoqués par l'épidémie de la MVE. Toutefois, les stratégies de coping religieux affecteraient significativement les problèmes de santé mentale dus à l'épidémie de la MVE.
3) L'expérience du vécu subjectif des personnes infectées et ou affectées par l'épidémie de la MVE serait de nature traumatique qui d'une part mobiliserait les moyens défensifs pour

compenser le traumatisme psychique et laisserait des traces dans leur psychisme sous forme de deuil non résolu, voire de décompensation psychologique, d'autre part.

4) Le recours à la qualité de vie, au soutien social, à la spiritualité/religion serait les moyens et facteurs de résilience des personnes infectées et ou affectées par l'épidémie de la MVE.

Résumé du chapitre

Ce chapitre a clarifié et mis en relation quelques concepts et théories clés de l'étude. La maladie à virus Ebola (autrement appelée fièvre hémorragique à virus Ebola) est une maladie grave, souvent mortelle, dont le taux de létalité peut atteindre 90%. Elle a été détectée pour la première fois chez l'homme dans les villages de Nzara (Sud Soudan) et de Yambuku (République démocratique du Congo) en 1976. La MVE affecte aussi la santé mentale des victimes. La santé mentale est comprise comme un état de bien-être dans lequel chaque individu réalisant son propre potentiel, peut faire face au stress normal de la vie, peut travailler de manière productive et fructueuse et peut apporter une contribution à sa communauté. Les personnes affectées de la MVE sont catégorisées. Il y a les personnes affectées directement (personnes infectées), les personnes affectées indirectement au premier degré, les personnes affectées indirectement au deuxième degré, les personnes affectées indirectement au troisième degré et les personnes affectées indirectement au quatrième degré.

Deux théories psychologiques soutiennent ce travail de recherche : la théorie comportementale et la théorie psychanalytique. Ces deux théories d'appui ont conduit à deux modèles théoriques de l'étude, à savoir le modèle théorique explicatif et le modèle théorique compréhensif.

***. ***. ***

DEUXIEME PARTIE :

METHODOLOGIE

CHAPITRE III :
CADRE METHODOLOGIQUE

« A chaque question, il y a une réponse. Il suffit de la chercher avec ordre et méthode. »

(Romain Sardou)

Nous décrivons dans le présent chapitre, la méthodologie qui nous a conduits à collecter les données de cette recherche afin de vérifier nos hypothèses émises. Cette étude a été réalisée auprès des populations touchées par Ébola en République démocratique du Congo. Elle a deux volets : un volet quantitatif et un volet qualitatif. Nous avons opté pour une approche mixte pour deux raisons principales. D'abord, par la nécessité de documenter la prévalence et les facteurs de risque et de protection associés aux problèmes de santé mentale comme besoin de santé publique pour la mise en place des programmes de prévention et d'intervention en santé mentale. Cela montre l'importance de tenir compte des aspects épidémiologiques et populationnels.

En outre, il s'agit de la nécessité de connaitre les vécus subjectifs des survivants, des mourants, des membres de la famille afin que les programmes développés s'inspirent du vécu réel des gens et des facteurs sociaux et culturels. Pour cette raison, il convient de tenir compte des aspects et déterminants cliniques, culturels et sociaux. D'où, l'importance d'une approche mixte.

3.1. Phase quantitative

Le volet quantitatif de cette étude a été réalisé auprès des populations touchées par la neuvième épidémie de la MVE. La neuvième épidémie de la MVE en RDC est survenue en 2018, soit deux ans après l'épidémie de l'afrique de l'Ouest. Cette dernière considérée comme l'épidémie la plus meurtrière de la MVE, avait été déclarée par l'OMS comme une « urgence sanitaire de portée internationale ». Après l'expérience dramatique de l'afrique de l'ouest, toutes les autres épidémies de la MVE qui sévissent attirent l'attention et l'intérêt des scientifiques, des professionnels de santé, des humanitaires, des bailleurs des fonds, etc. La neuvième épidémie de la MVE qui nous intéresse dans cette étude quantitative, a sévi dans la cité de Bikoro et les zones de santé voisines (Wangata et Iboko) et a fait 54 malades d'Ebola dont 33 décès. Elle a duré trois mois. Elle a la particularité d'avoir sévi dans une région à haut risque et à forte probabilité de large contamination, du fait des conditions hygiéniques précaires et des difficultés des moyens de déplacement vers les centres de prise en charge. Nous avons voulu ainsi apporter une contribution scientifique dans la compréhension du vécu subjectif et des facteurs de protection et des risques

des personnes affectées et survivantes de l'épidémie de la MVE. Dans ce domaine, il y a très peu d'études qui sont réalisées avec toute la rigueur méthodologique.

3.1.1. Plan d'étude et échantillon

La recherche quantitative a été réalisée du 11 mars au 23 avril 2019, sept mois après la déclaration de la fin du neuvième foyer du virus Ebola dans les 18 villes et villages touchés de la province de l'Équateur en RDC. Les données ont été collectées dans les trois zones de santé (Bikoro, Iboko et Wangata). Dans ce volet quantitatif, les participants à l'étude étaient des personnes affectées et des survivants de l'épidémie de la MVE. . L'étude a été menée sur un échantillon représentatif composé 2872 participants dont 1614 adultes et 1258 enfants et adolescents.

Pour les adultes, sur les 1614 participants, il y a eu 50% des hommes et 50% des femmes, âgés de 18 à 85 ans (M = 34,05 ans; écart-type = ±12,55). Cette partie de l'échantillon adulte comprenait également 16 des 21 survivants du 9ème foyer de maladie à virus Ebola en RDC. Pour la partie enfants et adolescents, sur les 1258 participants, il y a eu également 49,7% de garçons et 50,3% de filles, âgés de 8 à 17 ans (M = 14,04 ans; écart-type = 2,23). Le poids démographique des villes et villages touchés par le virus Ebola dans la province de l'Équateur (estimations fournies par l'Institut national de la statistique) a été pris en compte dans la constitution de l'échantillon.

3.1.2. Méthodes et Mesures des variables

Nous avons mené une enquête porte-à-porte. L'enquête a été menée par 26 locuteurs de lingala régionaux (dont 12 femmes). Nous avons utilisé un questionnaire pour les mesures sociodémographiques (variables de contrôle), des échelles pour des aspects liés à la MVE (variables indépendantes) et des échelles pour mesure de quelques variables de la santé mentale (variables dépendantes).

3.1.2.1. Questionnaire pour les variables sociodémographiques

Les variables sociodémographiques des participants ont été collectées au moyen d'un questionnaire. Dans celui-ci, les participants étaient interrogés sur leur sexe, leur âge, leur lieu de résidence, leur niveau d'éducation, leur emploi, leur état matrimonial (pour les adultes), leur activité professionnelle (pour les adultes) et le travail des parents (pour les enfants).

3.1.2.2. Echelles pour mesure des variables psychosociales liées à la MVE

1) Exposition à la maladie à virus Ebola

L'exposition au virus Ebola a été évaluée à l'aide d'un questionnaire «Oui» ou «Non» composé de 17 questions, inspiré de l'Echelle de Trauma (Cuma), (Cénat & Derivois, 2014). Cette échelle mesure le degré d'exposition et les expériences du répondant avec le virus Ebola (par exemple, «Avez-vous été dans une ville ou un village où des personnes sont tombées malades à cause du virus Ebola?», «Un membre de votre famille est-il tombé malade à la suite du virus Ebola? « Avez-vous participé aux obsèques d'une personne décédée à cause du virus Ebola?). Un score a été dérivé de la somme des énoncés «Oui» (1) ou «Non» (0), un score plus élevé étant attribué à une exposition plus élevée à Ebola. Le coefficient alpha de Cronbach dans notre échantillon était de 0,92.

2) Stigmatisation liée à la MVE

La stigmatisation liée à la maladie à virus Ebola a été évaluée à l'aide d'un questionnaire en laboratoire répertoriant 20 types possibles de stigmatisation basés sur les rapports de l'OMS et la compilation de données sur les sciences sociales et le comportement (Bardosh, Gercama et Bedford, 2019 ; Organisation mondiale de la Santé, 2019).

La mesure comprend 20 éléments (par exemple, « En raison du virus Ebola… une entreprise a refusé de vous engager»), classés sur une échelle de 4 points allant de «Jamais» (0) à «Toujours» (4). Un score total a été calculé et le coefficient alpha de Cronbach dans notre échantillon était de 0,97. Cette échelle a été utilisée dans les populations d'adultes et d'enfants. Certains éléments diffèrent pour les adultes et les enfants (par exemple, « Une école a refusé d'inscrire vos enfants » équivaut à « Une école a refusé de m'inscrire », « Les habitants de votre quartier ont détruit votre maison » équivaut à « Les habitants de votre quartier ont détruit la maison de vos parents », « À votre retour, votre conjoint a refusé de vous faire vivre à la maison » équivaut à « , « À votre retour, vos parents ont refusé de vous faire vivre à la maison », etc.).

3) Échelle multidimensionnelle du soutien social perçu (MPSS)

L'échelle multidimensionnelle du soutien social perçu (Zimet, Dahlem, Zimet et Farley, 1988) est un questionnaire d'autodéclaration à 12 items. Il touche aux sources de soutien social, qui ont tendance à se regrouper en trois facteurs : la famille (points 3, 4, 8 et 11), les amis (points 6, 7, 9 et 12) et les autres facteurs importants (points 1, 2, 5 et 10). Les items sont par

exemple « Il y a une personne spéciale qui est là quand je suis dans le besoin », « Ma famille essaie vraiment de m'aider », « Je peux compter sur mes amis quand les choses tournent mal », etc. L'échelle est classée sur 6 points allant de Très fortement en désaccord (1) à Très fortement d'accord (7). La méthode de notation fonctionne comme suit pour chaque sous-échelle :

1. Autres significatifs : Ajoutez les points 1, 2, 5 et 10, puis divisez par 4.
2. Famille : Ajoutez les éléments 3, 4, 8 et 11, puis divisez-les par 4.
3. Amis : Additionnez les éléments 6, 7, 9 et 12, puis divisez par 4.
4. Échelle totale : Additionnez les 12 éléments, puis divisez-les par 12.

Un score moyen allant de 1 à 2,9 indique un faible soutien ; un score de 3-5 indique un soutien modéré et un score de 5,1 à 7 indique un soutien élevé (Zimet, Dahlem, Zimet et Farley, 1988). Les coefficients alpha de Cronbach pour les sous-échelles significatives autres, famille et amis étaient respectivement de .91, .87 et 85, Le score de fiabilité total était de .88.

4) Courte mesure de l'adaptation religieuse (Brief-RCOPE)

Le Brief-RCOPE est une mesure de 14 éléments sur la gestion des facteurs de stress de la vie par la religion (Pargament, Feuille & Burdzy, 2011). Les 14 items sont divisés en 2 catégories:

- Sous-échelle Positive Religious Coping (PRC) (p. ex., « A cherché l'amour et les soins de Dieu ») ;
- Éléments négatifs de la sous-échelle de l'adaptation religieuse (NRC) (p. ex., « Remis en question le pouvoir de Dieu »).

Les scores peuvent être calculés en additionnant les items de la RPC et du NRC, respectivement (un minimum de 7 à un maximum de 28 pour chaque échelle) (Pargament, Feuille & Burdzy, 2010).

3.1.2.3. Echelles pour mesure de quelques variables de la santé mentale

Les échelles de mesure des variables de la santé mentale ont été regroupées en trois catégories selon les âges. Il y avait les mesures mixtes (pour adultes et enfants et adolescents), les mesures pour les enfants et adolescents uniquement ainsi que les mesures pour les adultes uniquement. Néanmoins, ces instruments mesurent les mêmes aspects de la santé mentale.

A. Pour les adultes et enfants et adolescents

✓ **Inventaire de détresse péritraumatique (IDP)**

L'Inventaire de détresse péritraumatique (IDP) a été créé et validé par Brunet et coll. (2001). Il mesure le critère A2 dans le diagnostic de TSPT du DSM IV, c'est-à-être la détresse émotionnelle ressentie par une personne dans les jours qui suivent un événement traumatique (APA, 2000). On suppose qu'il existe une corrélation positive entre la détresse péritraumatique et le développement de symptômes du TSPT. Il se compose de 13 éléments sur une échelle de Likert à 5 points : (0) *pas du tout vrai*, (1) légèrement *vrai*, (2) *assez vrai*, (3) très *vrai*, (4) *extrêmement vrai*. La version Française est également disponible (Jehel & al., 2005).

Le score total est calculé en déterminant la réponse moyenne pour les 13 items (Brunet & coll., 2001). Un score de 15 indique un niveau de détresse significatif. Les articles comprennent « Je pensais que j'allais mourir », « J'avais peur pour ma propre sécurité », « J'étais horrifié par ce que j'ai vu », etc. L'échelle présente une bonne cohérence interne (les coefficients alpha varient entre .75 et .82), une bonne fiabilité test-retest et une bonne validité convergente et divergente (Brunet et coll., 2001). Cette échelle a été utilisée sur des populations d'adultes et d'enfants (Cénat & Derivois, 2014).

B. Pour les enfants et adolescents uniquement

✓ **Échelle de dépistage de la détresse psychologique (K10)**

Kessler & al. (2002) ont créé cette échelle à 10 éléments (p. ex. « Au cours des 30 derniers jours, à quelle fréquence avez-vous eu une indigestion ou des maux d'estomac ? ») pour le National Health Interview Survey (NHIS) des États-Unis. Il est noté en résumant les éléments approuvés sur une échelle de Likert à 5 points (0-40) : (0) *Jamais*, (1) *Rarement*, (2) *Parfois*, (3) La plupart *du temps*, (4) Tout *le temps*. L'utilisation d'un modèle IRT pour additionner les scores est optimale pour obtenir des résultats plus précis. Un score de 12 et plus représente un score clinique de détresse psychologique grave (Boak et coll., 2014).

Le questionnaire a été validé par Kessler & coll. (2002) auprès d'une importante population adulte *(N* = 1153). Il a également été utilisé chez les populations d'enfants (Cénat & al., 2019). Le K10 a une excellente cohérence interne (alpha de Cronbach de .93). Il est utilisé dans les enquêtes gouvernementales sur la santé au Canada et aux États-Unis, et dans les enquêtes mondiales sur la santé mentale de l'OMS pour évaluer la détresse générale.

C. Pour les adultes uniquement

✓ **Questionnaire général sur la santé (GHQ-12)**

Le GHQ-12 est un questionnaire à 12 items, qui est utilisé pour détecter les problèmes de santé mentale mineurs dans la population générale (Langevin, François et Boini, 2011). Plus précisément, il évalue l'incapacité d'accomplir des activités de routine et l'apparition de nouveaux problèmes de santé mentale qui causent de la détresse psychologique (p. ex. anxiété, dépression, difficultés sociales et difficultés de somatisation).

Le GHQ-12 original contenait 60 items (Goldberg et Williams, 1970), mais il a été réduit à 12 (Lesage & coll., 2011). La mesure contient une échelle de Likert de 0 à 3, avec différentes options d'échelle en fonction de la question *(meilleure/plus saine que la normale*; *comme d'habitude*; *pire/plus que d'habitude*; *bien pire/plus que d'habitude*). Quatre méthodes de notation peuvent être utilisées:

1. *Notation GHQ* (0-0-1-1), cette méthode est préférée ;
2. La notation de Likert (0-1-2-3), ce qui est acceptable et simple ;
3. Modification de la notation Likert (0-0-1-2), que l'auteur n'encourage pas ;
4. *C-GHQ* a obtenu une note de 0-0-1-1 pour les éléments positifs (l'accord indique la santé) et de 0-1-1-1 pour les éléments négatifs (l'accord indique la maladie), ce qui permet une distribution plus normale des données.

L'alpha de Cronbach pour les échelles GHQ varie de .82 à .86 (Statistics Solutions, 2019) ; ils ont également une bonne validité sur différentes dimensions (Goldberg &Hillier, 1979).

3.1.3. Analyses statistiques des données quantitatives

J'ai utilisé SPSS (version 26) pour réaliséer les analyses statistiques. D'abord, j'ai calculé la prévalence des problèmes de santé mentale en fonction de caractéristiques sociodémographiques (sexe, âge, lieu de résidence, niveau d'éducation, emploi, religion et état matrimonial). Ensuite, j'ai effectué des analyses de régression linéaire multivariables pour examiner les principaux facteurs de risque et de protection associés aux problèmes de santé mentale, incluant le niveau d'exposition à la MVE, la stigmatisation liée à la MVE, le soutien social perçu, le coping religieux et les caractéristiques démographiques de l'échantillon.

3.2. Phase qualitative

3.2.1. Population et Echantillon d'étude

3.2.1.1. Population d'étude

La population intéressée par l'étude qualitative est constituée de sujets victimes de six épidémies de la MVE de la Rd Congo, dont le Kasai (2008), le Haut Uélé (2012), la Tshuapa (2014), le Bas-Uélé (2017), l'Equateur (2018), le Nord Kivu et l'Ituri (2018).

3.2.1.2. Echantillon d'étude

1) Types et Critères

Dans le présent travail, les sujets reçus en entretien clinique constituent notre échantillon non-probabiliste et disponible. Un échantillon de convenance a donc été utilisé car :

- Les sujets n'ont pas été sélectionnés lors des entretiens.
- Ceux qui ont été reçus en entretien clinique sont, soit ceux qui se présentaient aux équipes de riposte, soit ceux que les sous commissions de Prise en charge Médicale et de Surveillance épidémiologique transféraient à la sous-commission de "Prise en charge psychosociale et de santé mentale", laquelle avait la tâche de déceler et de traiter les problèmes et les troubles psychologiques des personnes victimes.

Les sujets de mon échantillon d'étude ont été sélectionnés selon un échantillonnage de critères (Patton, 2002), tel qu'attendu en phénoménologie descriptive (Giorgi et Giorgi, 2008). Pour cette recherche dite qualitative, les critères de sélection étaient les suivants :

a) être personne affectée ou survivant de l'épidémie d'un des épisodes suivants : 2008 au Kasaï, 2012 au Haut-Uélé, 2014 à la Tshuapa, 2017 au Bas-Uélé, 2018 à l'Equateur, 2018 au Nord-Kivu et en Ituri ;
b) avoir été enregistré par les équipes de riposte comme personne affectée ou survivant (cas confirmé, cas suspect, contact, prestataire de première ligne) ;
c) avoir été prise en charge par la sous-commission de prise en charge psychosociale, pour un problème psychosocial et/ou de santé mentale associée à l'épidémie de la MVE.

Le caractère inductif de la phénoménologie descriptive ainsi que l'objectif de transférabilité des données justifient le fait que les critères de sélection soient limités. En effet, un nombre limité de critères de sélection permet une grande variété de points de vue dans l'échantillon

et donc une plus grande possibilité de transférer les résultats obtenus à d'autres groupes de sujets (Patton, 2002; Whittemore, Chase & Mandle, 2001).

L'objectif est plutôt d'avoir un échantillon non probabiliste, comme qui dirait Deslauriers et al (1997), cet échantillon ne se constitue pas au hasard, mais en fonction des caractéristiques précises que le chercheur veut étudier. C'est pour cette raison que les aspects de la gravité de leur symptomatologie ou tout autre critère jugé important pour la partie quantitative n'est pas considéré comme un critère de sélection dans cette partie qualitative. L'état des connaissances de ce domaine est encore parcellaire pour travailler seulement dans une optique d'affinement quantitatif des connaissances, malgré la partie quantitative de l'actuelle recherche.

L'échantillon de mon étude est donc fondé sur les critères qualitatifs répondant à l'adéquation entre le cadre théorique des données et les méthodes utilisées. Les notions de représentativité et de généralisation pourront être atteintes dans ce type d'échantillon. Cependant, dans cette étude qui relève de l'approche qualitative phénoménologique, la réduction phénoménologique permet d'arriver à l'essence du phénomène, à ses caractéristiques essentielles (Giorgi, 2006). Par ailleurs, la représentativité est rendue aléatoire compte tenu de différentes périodes de crise pendant lesquelles nous avons travaillé, des conditions dans lesquelles nous avons reçu puis entretenu les sujets, et de la complexité des cités et villages touchés par l'épidémie de la maladie à virus Ebola, et qui ont constitué le cadre de recherche.

2) Taille

Pour répondre au postulat phénoménologique, aux exigences techniques de l'échantillonnage de convenance et aux critères d'échantillonnage fixés, mon échantillon comprend 27 sujets. Selon AESplus.net (2006), une étude qualitative sert à recueillir des informations utiles en interrogeant d'une manière non directive un petit échantillon allant de 10 à 70 sujets.

3) Caractéristiques des sujets de l'échantillon

Il y avait une prédominance des femmes (59,3% de cas ; n=16) et 40,7% des hommes (n=11), avec une sex-ratio (H/F) de 0,68. La présente étude était prédominée par des jeunes adultes (n=13), suivi des adultes moyens, des enfants (n=4) enfin des adolescents (n=3). Pour le niveau d'étude, l'étude était légèrement dominée par le niveau primaire (29,6%), suivi de 25,9% respectivement par le niveau universitaire/supérieur et sans emploi, et 18,6% des sujets du

niveau secondaire. Plus de la moitié de l'échantillon étaient des mariés à 63%, une partie des célibataires (33,3%) et une infime partie des divorcés (1,7%). Les sujets étaient en majorité de l'épidémie du Haut-Uélé et du Nord Kivu et Ituri, suivi de l'Equateur et Tshuapa. Les Circuits de CTE-Domicile et Domicile-CTE-Domicile étaient plus fréquents et les autres faiblement utilisés. La majorité des sujets (74,1% ; n=20) était encore vivant et 25,9% (n=7) sont décédées.

3.2.2. Cadre et dispositif cliniques

La phase qualitative a succédé à la phase quantitative. Ceci a fait que mon étude soit une réalisation séquentielle. La collecte des données pour cette partie qualitative a eu lieu du mois de juin 2019 au mois d'avril 2020 avec un dispositif clinique adapté à l'étude. Cette phase qualitative s'est basée autour de deux activités principales : enquête documentaire et entretien duel avec le psychologue traitant du cas concerné.

L'enquête documentaire a collecté les données secondaires. Il s'agissait des données qui se trouvent dans les dossiers des victimes, les notes d'entretien, les rapports journaliers, les rapports finaux ou les bases de données. Ces données secondaires ont été recueillies dans sa phase initiale par des psychologues cliniciens et les agents psychosociaux de la riposte. Ceux-ci ont utilisé principalement les observations et entretiens individuels. Les entretiens individuels consistaient à échanger avec les sujets victimes d'Ebola sur leur vécu subjectif de l'épidémie de la MVE avant de les aider. Ces entretiens étaient réalisés ou se passaient dans plusieurs endroits : dans le CTE, à domicile, à l'hôpital, pour une durée variable pouvant aller de 10 minutes à plus 1 heure selon le lieu, le type de problème ainsi que la nature de l'entretien.

Les investigations documentaires ont été faites du mois de juin 2019 au mois d'avril 2020. Les observations et entretiens se sont déroulés pour l'épidémie de Mweka (2008), entre décembre 2008 et février 2009 ; pour l'épidémie d'Isiro (2012), entre juin et novembre 2012 ; pour l'épidémie de Boende (2014), entre août et novembre ; pour l'épidémie de Likati (2017), entre mai et juin 2017, pour l'épidémie de l'Equateur (2018), entre mai et juillet 2018 ; pour l'épidémie du Nord-Kivu et Ituri (2018), entre août 2018 et avril 2020.

3.2.3. Analyse des données qualitatives

Les données des entretiens cliniques récoltées par la technique documentaire étaient analysées selon la méthode proposée par Giorgi (Giorgi & Giorgi, 2008). Toutes les étapes de la méthode ont été franchies.

La première étape consistait à relire plusieurs fois le verbatim dans son ensemble afin de s'imprégner du discours du participant. Il s'agit d'obtenir une vision globale du contenu dans son entier (Giorgi & Giorgi, 2008). Cette étape était réalisée par le doctorant lui-même.

La deuxième étape consistait à diviser le verbatim en sections contenant chacune un concept principal, en unités de sens (Giorgi & Giorgi, 2008; Giorgi, 2009a) contenues dans la description. Ce qui constitue qu'une unité de sens possède un degré d'arbitraire mais les unités de sens comme telles sont équivalentes. Elles représentent simplement des conséquences pratiques pour rendre les descriptions possibles à gérer. En d'autres mots, il n'y a pas d'unités de sens objectives comme telles dans les descriptions (Giorgi & Giorgi, 2008). La présente étape également a été réalisée par le doctorant.

Troisièmement, un processus de transformation était amorcé. Une première transformation était effectuée en mettant le discours à la troisième personne du singulier, le contenu de l'unité de sens était synthétisé en conservant la description du phénomène et de son contexte. Puis, une deuxième transformation était effectuée afin de s'assurer de ramener le verbatim de l'implicite à l'explicite, du spécifique au général et du langage courant vers le langage psychologique. Cette étape était réalisée une première fois par le doctorant, puis par l'équipe d'encadrement, qui reprenait l'ensemble des transformations pour s'assurer de la conformité de celles-ci avec les propos tenus par les participants. Finalement, l'équipe d'encadrement de la thèse faisait une lecture globale des transformations pour en commenter l'essentiel.

Quatrièmement, ce travail de transformation permettait de faire émerger des grands thèmes, considérés en phénoménologie descriptive comme les résultats de la recherche (Giorgi & Giorgi, 2008; Giorgi, 2009a). Ils expriment l'essence du phénomène à l'étude, en l'occurrence, dans le cas qui nous intéresse, l'expérience subjective de ce que représentait pour les participants le fait de vivre au quotidien avec des problèmes associés à la maladie à virus Ebola. Ces grands

thèmes étaient extraits une première fois par le doctorant à partir des transformations effectuées et validées, par la suite, par l'équipe d'encadrement de la thèse.

La notion de saturation des données peut être évaluée par le fait que les données se recoupent d'un entretien à l'autre, permettant de capturer ainsi l'essence du phénomène à l'étude (Giorgi, 2009a). Le nombre de participants à la présente étude (27) est considéré, en phénoménologie descriptive, comme permettant généralement d'atteindre la saturation des données.

En ce sens, la lecture de la transformation des verbatim permet de constater que plusieurs résultats reviennent d'un participant à l'autre, au fur et à mesure que les transformations sont effectuées et que les derniers participants n'apportaient pas de nouveaux thèmes.

3.3. Considérations éthiques

Le protocole d'étude a été approuvé par le bureau d'éthique et d'intégrité de la recherche de l'Université d'Ottawa. Toutes les données collectées permettant d'identifier les participants sont conservées au laboratoire Vulnérabilité, Trauma, Résilience et Culture de l'Université d'Ottawa.

Résumé du chapitre

Dans ce chapitre, nous avons décrit toute la démarche méthodologique suivie pour collecter les données, les analyser et les interpréter dans le but de vérifier les hypothèses émises. Cette étude a été réalisée en approche mixte (volets quantitatif et qualitatif) auprès des populations touchées par Ébola en République démocratique du Congo. L'approche mixte permet de documenter la prévalence et les facteurs de risque et de protection comme besoin de santé publique pour la mise en place des programmes de prévention et d'intervention en santé mentale. Elle permet aussi de connaitre les vécus subjectifs des survivants, des mourants, des membres de la famille afin que les programmes développés s'inspirent du vécu réel des gens et des facteurs sociaux et culturels. Les participants à l'enquête pour l'étude quantitative étaient au nombre de 2872, dont 1614 adultes et 1258 enfants et adolescents, tous personnes affectées et ou survivants.. Ces participants ont été soumis à une série d'échelles évaluant aussi bien les éléments de santé mentale que ceux liés à la MVE.

Les données pour l'étude qualitative ont été collectées au moyen des entretiens duels avec 27 sujets affectés par six épidémies de la MVE de la Rd Congo et au moyen des analyses cliniques documentaires. Les techniques statistiques descriptives et multivariées ainsi que la méthode phénoménologique de Giorgi ont été utilisées pour analyser les données recueillies.

***. ***. ***

TROISIEME PARTIE :
RESULTATS ET DISCUSSION

CHAPITRE IV :
RESULTATS QUANTITATIFS DES VICTIMES DE LA MVE

« L'homme de science ne vise pas un résultat immédiat. Il ne s'attend pas à ce que les idées qu'il avance soient facilement acceptées… Son devoir est de jeter les bases pour ceux qui sont à venir et de montrer la voie.»

(Nikola Tesla).

Ce chapitre présente les résultats issus de l'analyse des données quantitatives collectées au moyen des questionnaires et des échelles. Il est présenté les statistiques descriptives, les résultats des analyses de variance et les résultats des régressions linéaires pour les adultes affectés d'abord et pour les enfants et adolescents affectés ensuite.

4.1. Population adulte affectée

4.1 .1. Détresse péri-traumatique

4.1.1.1. Prévalence au sein de la population adulte

Les tableaux 1 et 2 présentent la prévalence de la détresse péri-traumatique et les facteurs différentiels du niveau de cette prévalence. Au sein de la population adulte affectée ou survivante de la MVE, la prévalence de la détresse péri-traumatique est de 46%. Près de la moitié des personnes adultes affectées par la MVE développent de la détresse péri-traumatique de suite de la présence de la MVE dans leur milieu de vie.

Tableau 1 : Prévalence de la DPT

	Fréquence	**%**
Absence de la DPT	872	54
Présence de la DPT	737	46
Total	1609	99,7
V. manquantes	5	0,3
	1614	100

La prévalence de la DPT varie significativement en fonction du niveau d'études, du statut matrimonial, du lieu de résidence (ville ou village) et selon qu'on exerce ou non une activité professionnelle.

Tableau 2 : Analyse de la variance de la DPT selon certaines variables sociodémographiques.

Variable Niveau d'Education	Paramètres	Valeurs	Ddl	F
Aucun	Moyenne	17,09677	4	
	N	62	1569	6,156***
	Ecart-type	13,92687	1573	
Niveau primaire	Moyenne	17,59884		
	N	172		
	Ecart-type	12,607739		
Niveau secondaire	Moyenne	16,49944		
	N	895		
	Ecart-type	12,967855		
Niveau professionnel	Moyenne	16,92593		
	N	54		
	Ecart-typeEcart-type	11,021166		
Niveau universitaire	Moyenne	**13,12532**		
	N	391		
	Ecart-typeEcart-type	12,065724		
Total	Moyenne	**15,81957**		
	N	1574		
	Ecart-typeEcart-type	12,770425		
Variable Etat matrimonial	**Paramètres**	**Valeurs**	**Ddl**	**F**
Célibataire	Moyenne	14,52098	5	4,392***
	N	572	1563	
	Ecart-typeEcart-type	12,983807	1568	
Marié.e	Moyenne	16,33513		
	N	743		
	Ecart-type	12,539509		
Divorcé.e	Moyenne	19,66129		
	N	62		
	Ecart-type	11,887372		
Séparé.e	Moyenne	15,51515		
	N	33		
	Ecart-type	12,811424		
Veuf.ve	Moyenne	21,65854		
	N	41		
	Ecart-type	12,584931		
En couple	Moyenne	16,72881		
	N	118		
	Ecart-type	12,827362		
Total	Moyenne	15,95666		
	N	1569		
	Ecart-type	12,77591		
Variable Travail	**Paramètres**	**Valeurs**	**Ddl**	**F**
Non	Moyenne	12,76328	1	62,36***
	N	659	1551	
	Ecart-type	12,258058	1552	
Oui	Moyenne	17,81544		
	N	894		
	Ecart-type	12,608257		
Total	Moyenne	15,6716		
	N	1553		
	Ecart-type	12,70483		
Lieu d'habitation	**Paramètres**	**Valeurs**	**Ddl**	**F**
Village	Moyenne	19,73474	1	218,92***
	N	901	1607	
	Ecart-type	12,835697	1608	
Ville	Moyenne	10,84181		
	N	708		
	Ecart-type	10,761414		
Total	Moyenne	**15,82163**		
	N	1609		
	Ecart-type	12,752665		

** p. < 0,10 ; ** p. < 0,05 ; *** p. < 0,01.*

La prévalence de la DPT est très prononcée chez les sujets ayant les autres niveaux d'études universitaires. Elle est également observée plus chez les veuf.ve.s et les divorcés que chez les célibataires. On l'observe également plus chez les sujets ayant un travail que chez ceux qui n'en ont pas et plus chez ceux qui habitent le village que chez ceux qui habitent la ville.

4.1.1.2. Aspects de la MVE associés à la DPT

Grâce à la régression multiple, nous présentons les effets de l'épidémie de la MVE et ses facteurs associés sur la santé mentale des adultes affectés. Considérant que l'épidémie à la MVE, à l'instar des catastrophes naturelles, pourrait être un événement traumatogène, nous avons régressé la détresse péri-traumatique sur le degré d'exposition à la MVE, la stigmatisation qui en résulte et les stratégies de coping qui s'y rapportent.

Je présente trois modèles pour voir dans quelle mesure, outre les variables sociodémographiques, les aspects liés à la MVE affectent la variation de la DPT. Les résultats indiquent que le degré d'exposition à la MVE, la stigmatisation qui en résulte, les formes de soutien social reçu et les stratégies de coping religieux améliorent significativement les modèles de la sévérité de la DPT, par rapport aux seules variables sociodémographiques. Une variation d'environ 25% de la sévérité de la DPT est observée avec les aspects de la MVE spécifiés aux modèles 2 et 3 du tableau 3.

Tableau 3 : Régression de la DPT sur certains facteurs associés à la MVE

	Modèle 1		Modèle 2		Modèle 3	
	β	t	B	T	β	t
Sexe du répondant ((Lequel a été estimé) ?	-0,03	-1,29	-0,02	-0,92	-0,02	-0,90
Age	0,10	3,37***	0,06	2,44**	0,05	2,16**
Niveau secondaire (Référence)						
Aucun	-0,02	-0,68	-0,01	-0,61	0,00	-0,03
Niveau primaire	-0,01	-0,26	0,02	0,78	0,01	0,50
Niveau professionnel	-0,02	-0,88	-0,02	-0,70	0,01	0,22
Niveau universitaire	-0,01	-0,25	-0,02	-0,67	0,02	0,77
Marié.e (Référence)						
Célibataire	0,01	0,44	-0,01	-0,31	0,01	0,56
Divorcé	0,07	2,51**	0,05	2,36**	0,05	2,26**
Séparé	-0,01	-0,26	-0,01	-0,40	0,00	-0,14
Veuf	0,05	1,85*	0,01	0,31	0,02	0,74
En couple	-0,02	-0,72	0,01	0,50	0,02	0,95
Activité professionnelle	0,08	2,58***	0,03	1,07	0,04	1,79*
T1VIL DICHOTOMIQUE (Ville ou village)	-0,30	-10,40***	-0,10	-3,82***	-0,08	-3,10***
Exposition à la MVE			0,09	3,36***	0,09	3,29***
Stigmatisation liée à la MVE			0,49	18,90***	0,47	18,41***
Soutien social des autres					0,03	0,74
Soutien social de la famille					-0,05	-0,99
Soutien social des amis					-0,06	-1,41
Coping religieux positifs					0,19	8,46***
R^2ajusté	0,13		0,38		0,383	
Erreur-type de l'estimation	11,99		10,35		10,12	
ANOVA (F)	16,61***		55,84***		47,05***	

**** p. < 0,10 ; ** p. < 0,05 ; *** p. < 0,01.***

Les résultats indiquent que l'exposition à la MVE, la stigmatisation liée à la MVE et le coping religieux positif affectent de manière significative et positive la détresse péri-traumatique chez les personnes adultes affectées par la MVE (avec respectivement : β = 0,09 ; p.< 0,01 ; β = 0,47 ; p.< 0,01 ; β = 0,19 ; p.< 0,01). Ceci revient à dire que plus le degré d'exposition à la MVE est élevé, plus les adultes affectés ou survivants vivent la détresse péri-traumatique ; plus les adultes affectés ou survivants sont stigmatisées, plus ils développent de la détresse péri-traumatique ; plus les adultes affectés ou survivants recourent au coping religieux positifs, plus ils ont des chances de plonger dans la détresse péri-traumatique.

4.1.2. Santé mentale générale/Détresse psychologique

4.1.2.1. Variabilité de la détresse psychologique auprès des personnes adultes affectées

Aux tableaux 4, je présente la variabilité de la détresse psychologique selon les variables sociodémographiques différentielles. Au sein de la population adulte affectée par la MVE, l'état de santé mentale générale varie significativement selon leur niveau d'études, leur état matrimonial, leur milieu d'habitation et leur occupation professionnelle. Le tableau 4 présente les coefficients de ces résultats.

Tableau 4 : Analyse de la variance de l'état de santé mentale générale selon certaines variables sociodémographiques

Variable Niveau d'Education	**Paramètres**	**Valeurs**	**Ddl**	**F**
Aucun	Moyenne	11,93	4	13,762***
	N	61	1567	
	Ecart-type	7,983	1571	
Niveau primaire	Moyenne	13,87		
	N	172		
	Ecart-type	6,585		
Niveau secondaire	Moyenne	13,46		
	N	894		
	Ecart-type	6,336		
Niveau professionnel	Moyenne	12,26		
	N	54		
	Ecart-type	6,28		
Niveau universitaire	Moyenne	10,7		
	N	391		
	Ecart-type	6,813		
Total	Moyenne	12,72		
	N	1572		
	Ecart-type	6,658		
Variable Etat matrimonial	**Paramètres**	**Valeurs**	**Ddl**	**F**
Célibataire	Moyenne	12,35	5	4,802***
	N	569	1561	
	Ecart-type	7,331	1566	
Marié.e	Moyenne	12,55		
	N	743		
	Ecart-type	6,125		
Divorcé.e	Moyenne	13,45		

	N	62		
	Ecart-type	6,329		
Séparé.e	Moyenne	11,34		
	N	32		
	Ecart-type	7,627		
Veuf.ve	Moyenne	13,67		
	N	42		
	Ecart-type	6,031		
En couple	Moyenne	15,34		
	N	119		
	Ecart-type	5,942		
Total	Moyenne	12,73		
	N	1567		
	Ecart-type	6,653		
Variable Travail	**Paramètres**	**Valeurs**	**Ddl**	**F**
Non	Moyenne	11,69	1	21,539***
	N	655	1548	
	Ecart-type	6,793	1549	
Oui	Moyenne	13,26		
	N	895		
	Ecart-type	6,375		
Total	Moyenne	12,59		
	N	1550		
	Ecart-type	6,598		
Lieu d'habitation	**Paramètres**	**Valeurs**	**Ddl**	**F**
Village	Moyenne	14,82	1	241,213***
	N	900	1605	
	Ecart-type	6,33	1606	
Ville	Moyenne	9,98		
	N	707		
	Ecart-type	6,03		
Total	Moyenne	12,69		
	N	1607		
	Ecart-type	6,648		

** p.< 0,10 ; ** p.< 0,05 ; *** p.< 0,01.*

Par rapport à la moyenne générale du niveau d'études, les personnes affectées du niveau d'études primaire et ceux du niveau d'études secondaire présentent un état de santé mentale générale moins bon que les autres. L'état de santé mentale générale des personnes affectées vivant en couple, veuves et divorcées est moins bon par rapport aux autres. Cela est aussi le cas pour les personnes affectées qui ont un travail et ceux qui habitent le village.

4.1.2.2. Aspects de la MVE affectant l'état de santé mentale générale des personnes adultes affectées

Le degré d'exposition à la MVE, la stigmatisation qui en résulte, les formes de soutien social reçu et les stratégies de coping religieux améliorent significativement les modèles de prédiction de l'état de santé mentale générale, par rapport aux seules variables sociodémographiques. Une variation d'environ 17% de la sévérité de l'état de santé mentale générale est observée avec les aspects psychosociaux de la MVE spécifiés aux modèles 2 et 3 du tableau 5.

Tableau 5 : Régression de l'état de santé mentale générale sur certains facteurs psychosociaux associés à la MVE

	Modèle 1		Modèle 2		Modèle 3	
	β	t	β	t	β	t
Sexe du repondant (Lequel a été estimé) ?	-0,01	-0,18	0,01	0,26	0,01	0,41
Age	0,08	2,76***	0,05	1,97**	0,05	1,73
Niveau secondaire (Référence)						
Aucun	-0,08	-2,99***	-0,08	-3,17***	-0,07	-2,89***
Niveau primaire	-0,01	-0,39	0,00	0,16	0,00	0,09
Niveau professionnel	-0,06	-2,46**	-0,06	-2,73***	-0,05	-2,17**
Niveau universitaire	-0,09	-3,22***	-0,10	-4,05***	-0,08	-3,26***
Marié.e (Référence)						
Célibataire	0,05	1,59	0,04	1,28	0,05	1,73*
Divorcé	0,03	1,31	0,03	1,12	0,03	1,11
Séparé	-0,01	-0,18	-0,01	-0,51	-0,01	-0,47
Veuf	0,01	0,20	-0,02	-1,02	-0,02	-0,84
En couple	0,10	3,68***	0,13	5,23***	0,13	5,55***
Activité professionnelle	0,00	0,01	-0,01	-0,50	0,00	-0,07
T1VIL DICHOTOMIQUE (Lequel a été estimé dans les modèles ? Ville ou village)	-0,32	-11,21***	-0,17	-6,20***	-0,16	-5,58***
Exposition à la MVE			-0,03	-1,00	-0,03	-0,95
Stigmatisation liée à la MVE			0,45	16,16***	0,44	15,66***
Soutien social des autres					-0,01	-0,15
Soutien social de la famille					-0,01	-0,13
Soutien social des amis					-0,02	-0,33
Coping religieux positifs					0,11	4,70***
R^2ajusté	0,14		0,30		0,31	
Erreur-type de l'estimation	6,12		5,49		5,47	
ANOVA (F)	17,98***		39,75***		32,50***	

** p. < 0,10 ; ** p. < 0,05 ; *** p. < 0,01.*

Les résultats obtenus indiquent que toutes les choses sont égales par ailleurs, chez les adultes affectés par la MVE, la stigmatisation liée à la MVE affecte significativement l'état de santé mentale générale (c'est-à-dire, elle augmente significativement la sévérité de la détresse psychologique) (β = 0,44 ; p.< 0,01). Aussi, le coping religieux positif augmente les probabilités des personnes affectées de développer la détresse psychologique (β = 0,11 ; p.< 0,01). Par contre, l'exposition à la MVE ainsi que le recours aux différentes formes de soutien social n'affectent pas significativement l'état de santé mentale générale.

4.2. Enfants et Adolescents affectés et ou survivants

4.2.1. Détresse péri-traumatique

4.2.1.1. Prévalence au sein de la population d'enfants et adolescents

Je présente la prévalence de la détresse péri-traumatique chez les enfants et adolescents (tableau 6) et les facteurs différentiels du niveau de cette prévalence (tableau 7). Chez les enfants et adolescents affectés par la MVE, la prévalence de la détresse péri-traumatique est d'environ 50%. La moitié des enfants et adolescents affectés ou survivants de la MVE développent de la détresse péri-traumatique de suite de la présence de la MVE dans leur milieu de vie.

Tableau 6 : Prévalence de la DPT chez les enfants et adolescents

	Fréquence	%
Absence de la DPT	629	50
Présence de la DPT	625	49,7
Total	1254	99,7
V. manquantes	4	0,3
	1258	100

La prévalence de la DPT chez les enfants et adolescents varie significativement en fonction du milieu de vie (ville ou village), du niveau d'études, de la scolarité des parents, du statut matrimonial et vital des parents, et selon que les parents exercent ou non une activité professionnelle.

Tableau 7 : Analyse de la variance de la DPT chez les enfants et adolescents selon certains facteurs sociodémographiques

Variable Sexe	**Paramètres**	**Valeurs**	**ddl**	**F**
Homme	Moyenne	16,824477	1	1,206
	N	621	1252	
	Ecart-type	14,000914	1253	
Femme	Moyenne	17,704581		
	N	633		
	Ecart-type	14,3669009		
Total	Moyenne	17,26874		
	N	1254		
	Ecart-type	14,18801		
Age_rec1	**Paramètres**	**Valeurs**	**ddl**	**F**
8-12 ans	Moyenne	18,060811	2	1,779
	N	296	1190	
	Ecart-type	15,5125871	1192	
13-15 ans	Moyenne	16,387283		
	N	519		
	Ecart-type	13,2658557		
16-18 ans	Moyenne	17,846561		
	N	378		
	Ecart-type	14,2965096		
Total	Moyenne	17,264878		
	N	1193		
	Ecart-type	14,1870977		
Milieu de vie	**Paramètres**	**Valeurs**	**ddl**	**F**
Village	Moyenne	20,136905	1	35,383***
	N	504	1252	
	Ecart-type	14,2486827	1253	
Ville	Moyenne	15,341333		
	N	750		
	Ecart-type	13,8258585		
Total	Moyenne	17,26874		
	N	1254		
	Ecart-type	14,18801		
Tes parents travaillent-ils?	**Paramètres**	**Valeurs**	**ddl**	**F**
Non	Moyenne	21,882353	1	12,424***
	N	102	1215	
	Ecart-type	13,0469784		

Oui	Moyenne	16,744395		
	N	1115		
	Ecart-type	14,1824528		
Total	Moyenne	17,175021		
	N	1217		
	Ecart-type	14,157587		
Niveau d'études	**Paramètres**	**Valeurs**	**ddl**	**F**
None & primary	Moyenne	19,005348	2	4,177**
	N	374	1225	
	Ecart-type	15,3388876	1227	
Secondary	Moyenne	16,500605		
	N	827		
	Ecart-type	13,6047078		
Profess & univ	Moyenne	18,888889		
	N	27		
	Ecart-type	15,5917467		
Total	Moyenne	17,315961		
	N	1228		
	Ecart-type	14,2354004		
Scolarité des parents	**Paramètres**	**Valeurs**	**ddl**	**F**
None & primary	Moyenne	18,756098	2	3,317**
	N	123	1165	
	Ecart-type	14,4405744	1167	
Secondary	Moyenne	16,384384		
	N	666		
	Ecart-type	14,0257335		
Profess & univ	Moyenne	18,44591		
	N	379		
	Ecart-type	14,0845558		
Total	Moyenne	17,303082		
	N	1168		
	Ecart-type	14,1167463		
Concernant tes parents, sont-ils?	**Paramètres**	**Valeurs**	**ddl**	**F**
Marié.e	Moyenne	19,011142	3	4,295***
	N	359	1225	
	Ecart-type	14,4442635	1228	
Divorcé.e & séparé.e	Moyenne	16,757202		
	N	243		
	Ecart-type	13,9338275		
En couple	Moyenne	15,913357		
	N	554		
	Ecart-type	13,9091499		
Morts	Moyenne	19,630137		
	N	73		
	Ecart-type	14,913181		
Total	Moyenne	17,205858		
	N	1229		
	Ecart-type	14,1895302		
Résidence	**Paramètres**	**Valeurs**	**ddl**	**F**
Chez vos parents	Moyenne	16,88934	2	0,849
	N	985	1239	
	Ecart-type	14,0948781	1241	
Chez un menbre de la famille (oncle, tante, etc…)	Moyenne	17,918182		
	N	220		
	Ecart-type	14,153517		
Autres	Moyenne	19,108108		
	N	37		
	Ecart-type	14,5407164		
Total	Moyenne	17,137681		
	N	1242		
	Ecart-type	14,1166847		

**** p. < 0,10 ; ** p. < 0,05 ; *** p. < 0,01.***

La DPT a une forte prévalence chez les enfants et adolescents vivant au village et en ville, chez ceux dont les parents ne travaillent pas, chez ceux qui ont un niveau d'études primaires, chez ceux qui ont les parents de niveau d'études primaires et chez ceux qui ont des parents mariés et ceux dont les parents sont morts.

4.2.1.2. Aspects de la MVE affectant la DPT chez les enfants et adolescents affectés et ou survivants

Le degré d'exposition à la MVE, la stigmatisation qui en résulte, les formes de soutien social reçu et les stratégies de coping religieux ont un pouvoir prédictif significatif de la DPT chez les enfants et adolescents affectés et survivants. Les coefficients de spécification des modèles 2 et 3 du tableau 8 l'indique.

Tableau 8 : Régression de la DPT chez les enfants et adolescents sur certains facteurs psychosociaux associés à la MVE

	Modèle 1		Modèle 2		Modèle 3	
	β	t	β	T	β	t
Sexe du répondant	0,052	1,692*	0,051	1,663*	0,047	1,476
Age	0,081	2,066**	0,058	1,495	0,060	1,478
Résident en ville	-0,205	-5,817***	-0,218	-5,762***	-0,190	-4,591***
Niveau d'études						
Secondary (référence)						
None & primary	0,086	2,186	0,092	2,366**	0,075	1,834*
Professional & University	0,049	1,573	0,052	1,695*	0,020	0,618
Scolarité des parents						
Secondary (Référence)						
None & primary	0,026	0,785	0,008	0,259	0,020	0,526
Professional & University	-0,021	-0,595	-0,017	-0,500	0,044	1,159
Situation des parents						
Marié.e (Référence)						
Divorcé.e & séparé.e	-0,059	-1,594	-0,058	-1,596	0,065	1,870*
En couple	-0,076	-2,005	-0,068	-1,836*	0,006	0,165
Morts	0,005	0,148	0,003	0,086	0,031	0,943
Résidence						
Chez vos parents						
Chez un membre de la famille (oncle, tante, etc…)	0,008	0,247	0,001	0,022	0,011	0,312
Autres	0,044	1,404	0,045	1,462	0,026	0,771
Tes parents travaillent-ils?	-0,048	-1,483	-0,033	-1,050	-0,027	-0,791
Nombre de frère et sœurs	0,065	2,049	0,052	1,668*	0,043	1,344
Es-tu en situation de handicap :	0,079	2,490	0,069	2,195**	0,061	1,878*
Exposition à la MVE			-0,071	-1,940*	-0,099	-2,577***
Stigmatisation liée à la MVE			0,202	5,833***	0,226	6,167***
Soutien social des autres					0,031	0,533
Soutien social de la famille					-0,108	-1,819*
Soutien social des amis					0,009	0,192
Coping religieux positifs					0,113	3,482***
R^2ajusté	0,056		0,085			0,098
Erreur-type de l'estimation	13,78		13,56			13,33
ANOVA (F)	4,94***		6,48***			5,74***

** p. < 0,10 ; ** p. < 0,05 ; *** p. < 0,01.*

Au regard du tableau ci-dessus, l'exposition à un degré élevé à la MVE affecte de manière significative et négative la détresse péri-traumatique chez les enfants et adolescents affectés et survivants (β = -0,099 ; p. < 0,01). Ceci signifie que malgré le degré élevé d'exposition à la MVE, les enfants et adolescents ont moins des chances de développer la détresse péri-traumatique. La stigmatisation liée à la MVE affecte positivement la DPT chez les enfants et adolescents (β = 0,226 ; p.< 0,01). Ceci signifie que plus les enfants et adolescents affectés et ou survivants de la MVE sont stigmatisés, plus ils développent de la détresse péri-traumatique. Le soutien reçu de la famille affecte négativement la DPT chez les enfants et adolescents (β = -0,108 ; p.< 0,10). C'est-à-dire que pendant l'épidémie de la MVE, les enfants et adolescents affectés ou survivants qui reçoivent le soutien social de la famille sont moins susceptibles de développer la détresse péri-traumatique. Le coping religieux positif affecte positivement la détresse péri-traumatique (β = 0,113 ; p.< 0,01). Pendant l'épidémie, les enfants et adolescents affectés et ou survivants qui exploitent le coping religieux positif sont plus susceptibles de développer la détresse péri-traumatique.

4.2.2. Détresse psychologique (K10)

4.2.2.1. Variabilité au sein de la population d'enfants et adolescents

Au tableau 9, je présente la variabilité de la détresse psychologique selon les variables sociodémographiques. Il s'observe que chez les enfants et adolescents affectés et ou survivants de la MVE, la détresse psychologique varie selon les tranches d'âge des enfants, leur milieu de vie, leur résidence, la situation matrimoniale et vitale des parents, le niveau de scolarité des parents et selon que les parents travaillent ou non.

Tableau 9 : Analyse de la variance de la DP chez les enfants et adolescents selon certaines variables sociodémographiques

Variable Sexe	**Paramètres**	**Valeurs**	**ddl**	**F**
Homme	Moyenne	18,86	1	1,528
	N	623	1250	
	Ecart-type	10,32	1251	
Femme	Moyenne	19,57		
	N	629		
	Ecart-type	10,108		
Total	Moyenne	19,22		
	N	1252		
	Ecart-type	10,216		
Age_rec1	**Paramètres**	**Valeurs**	**ddl**	**F**
8-12 ans	Moyenne	16,73		
	N	296		

	Ecart-type	9,82	2	
13-15 ans	Moyenne	19,73	1188	13,14***
	N	517	1190	
	Ecart-type	9,969		
16-18 ans	Moyenne	20,62		
	N	378		
	Ecart-type	10,665		
Total	Moyenne	19,27		
	N	1191		
	Ecart-type			
		10,262		
Milieu de vie	**Paramètres**	**Valeurs**	**ddl**	**F**
Village	Moyenne	16,69		
	N	504		53,603***
	Ecart-type	7,652	1	
Ville	Moyenne	20,92	1250	
	N	748	1251	
	Ecart-type	11,322		
Total	Moyenne	19,22		
	N	1252		
	Ecart-type			
		10,216		
Tes parents travaillent-ils?	**Paramètres**	**Valeurs**	**ddl**	**F**
Non	Moyenne	22,08	1	8,255***
	N	100	1212	
	Ecart-type	11,481	1213	
Oui	Moyenne	19,02		
	N	1114		
	Ecart-type	10,095		
Total	Moyenne	19,27		
	N	1214		
	Ecart-type	10,245		
Niveau d'études	**Paramètres**	**Valeurs**	**ddl**	**F**
None & primary	Moyenne	19,19		
	N	371		
	Ecart-type	10,821		
Secondary	Moyenne	19,34	2	0,496
	N	828	1223	
	Ecart-type	10,032	1225	
Profess & univ	Moyenne	17,37		
	N	27		
	Ecart-type	8,072		
Total	Moyenne	19,25		
	N	1226		
	Ecart-type			
		10,236		
Scolarité des parents	**Paramètres**	**Valeurs**	**ddl**	**F**
None & primary	Moyenne	22,29	2	
	N	122	1164	5,451***
	Ecart-type	12,218	1166	
Secondary	Moyenne	19,05		
	N	666		
	Ecart-type	10,132		
Profess & univ	Moyenne	19,11		
	N	379		
	Ecart-type	9,549		
Total	Moyenne	19,41		
	N	1167		
	Ecart-type			
		10,226		

Concernant tes parents, sont-ils?	Paramètres	Valeurs	ddl	F
Marié.e	Moyenne	18,61		
	N	358	3	7,055***
	Ecart-type	9,355	1223	
Divorcé.e & séparé.e	Moyenne	21,44	1226	
	N	242		
	Ecart-type	11,294		
En couple	Moyenne	18,28		
	N	555		
	Ecart-type	9,922		
Morts	Moyenne	21,46		
	N	72		
	Ecart-type	11,33		
Total	Moyenne	19,19		
	N	1227		
	Ecart-type	10,211		
Résidence	**Paramètres**	**Valeurs**	**ddl**	**F**
Chez vos parents	Moyenne	18,61		
	N	984	2	
	Ecart-type	9,916	1238	9,88***
Chez un menbre de la famille (oncle, tante, etc…)	Moyenne	20,73	1240	
	N	220		
	Ecart-type	10,751		
Autres	Moyenne	24,81		
	N	37		
	Ecart-type	11,232		
Total	Moyenne	19,17		
	N	1241		
	Ecart-type	10,181		

**** p. < 0,10 ; ** p. < 0,05 ; *** p. < 0,01.***

La DP a une plus forte prévalence chez les adolescents (16-18 ans) que chez les enfants, chez les sujets vivant en ville, chez ceux dont les parents ne travaillent pas, chez ceux qui ont un niveau d'études secondaires, chez ceux qui ont des parents de niveau d'études primaires, chez ceux qui ont des parents divorcés, ceux dont les parents sont morts ainsi que ceux qui habitent chez d'autres personnes.

Tableau 10 : Régression de la DP chez les enfants et adolescents sur certains facteurs psychosociaux associés à la MVE

	Modèle 1		Modèle 2		Modèle 3	
	β	**t**	**B**	**t**	**β**	**t**
Sexe du répondant	0,042	1,389	0,040	1,533	0,030	1,089
Age	0,079	2,044**	0,014	0,402	0,024	0,687
Résident en ville	0,169	4,835***	0,035	1,077	0,028	0,786
Niveau d'études						
Secondary (référence)						
None & primary	0,008	0,203	0,033	0,973	0,052	1,480
Professional & University	-0,005	-0,167	-0,011	-0,427	0,008	0,296
Scolarité des parents						
Secondary (Référence)						
None & primary	0,086	2,646***	0,030	1,054	-0,011	-0,338
Professional & University	0,083	2,387**	0,087	2,897***	-0,102	-3,103***
Situation des parents						
Marié.e (Référence)						

Divorcé.e & séparé.e	0,076	2,089**	0,070	2,206**	0,042	1,381
En couple	-0,035	-0,929	-0,036	-1,107	0,120	4,022***
Morts	0,047	1,432	0,032	1,102	0,045	1,553
Résidence						
Chez vos parents (Référence)						
Chez un membre de la famille (oncle, tante, etc…)	0,058	1,846*	0,026	0,952	0,028	0,979
Autres	0,076	2,476**	0,077	2,883***	0,074	2,683***
Tes parents travaillent-ils?	-0,032	-1,011	-0,002	-0,064	0,012	0,433
Nombre de frère et sœurs	0,044	1,421	0,008	0,288	0,003	0,117
Es-tu en situation de handicap :	0,100	3,195***	0,061	2,266**	0,065	2,330**
Exposition à la MVE			0,067	2,089**	0,065	1,965**
Stigmatisation liée à la MVE			0,489	16,263***	0,498	15,746***
Soutien social des autres					0,020	0,401
Soutien social de la famille					-0,015	-0,284
Soutien social des amis					0,009	0,225
Coping religieux positifs					0,031	1,088
R^2ajusté	0,079		0,312		0,328	
Erreur-type de l'estimation	9,89		8,55		8,48	
ANOVA (F)	6,71***		27,66***		22,22***	

**** p. < 0,10 ; ** p. < 0,05 ; *** p. < 0,01***.

L'exposition à la MVE affecte positivement la détresse psychologique chez les enfants (β = 0,065 ; p. < 0,05). Les enfants et adolescents exposés à la MVE à un degré élevé sont ainsi plus susceptibles de développer la détresse psychologique. La stigmatisation liée à la MVE influence significativement et positivement la détresse psychologique (β = 0,498 ; p. < 0,01). Les enfants et adolescentes affectés et ou survivants de la MVE qui sont stigmatisés ont des chances élevées de plonger dans la détresse psychologique. Les différentes formes de soutien social et le coping religieux positif n'affectent pas significativement la détresse psychologique chez les enfants et adolescents.

Résumé du chapitre

Ce chapitre a présente les résultats issus de l'analyse des données quantitatives collectées au moyen des questionnaires et des échelles. Au sein de la population adulte affectée et ou survivantes, la prévalence de la détresse péri-traumatique est de 46%. Cette prévalence de la DPT varie significativement en fonction du niveau d'études, du statut matrimonial, du lieu de résidence (ville ou village) et selon qu'on exerce ou non une activité professionnelle. L'exposition à la MVE ($\beta = 0.09$; $p. < 0.01$), la stigmatisation ($\beta = 0.09$; $p. < 0.01$) et le coping religieux positif ($\beta = 0.19$; $p. < 0.01$) affectent de manière significative et positive la détresse péri-traumatique chez les personnes adultes affectées et survivantes de la MVE. En outre, au sein de la même population adulte, l'état de santé mentale générale associée à la MVE varie significativement selon le niveau d'études, l'état matrimonial, le milieu d'habitation et l'occupation professionnelle. La stigmatisation résultant de l'épidémie de la MVE ($\beta = 0.40$; $p. < 0.01$) et le coping religieux positif ($\beta = 0.11$; $p. < 0.01$) augmentent les probabilités des personnes adultes affectées et survivantes de développer la détresse psychologique.

Chez les enfants et adolescents affectés et survivants de la MVE, la prévalence de la détresse péri-traumatique est de 50%. Cette prévalence de la DPT chez les enfants et adolescents varie significativement en fonction du milieu de vie (ville ou village), du niveau d'études, de la scolarité des parents, du statut matrimonial et vital des parents, et selon que les parents exercent ou non une activité professionnelle. La détresse psychologique varie selon les tranches d'âge des enfants, leur milieu de vie, leur résidence, la situation matrimoniale et vitale des parents, le niveau de scolarité des parents et selon que les parents travaillent ou non. La stigmatisation liée à la MVE ($\beta = 0.226$; $p. < 0.01$) et les stratégies de coping religieux ($\beta = 0.113$; $p. < 0.01$) affectent positivement la DPT chez les enfants et adolescents. En outre, la détresse psychologique chez les enfants et adolescents affectés et survivants est positivement associée à la stigmatisation liée à la MVE ($\beta = 0.498$; $p. < 0.01$).

***. ***. ***

CHAPITRE V :
RESULTATS DES DONNEES QUALITATIVES

« Tout ce qui compose notre réalité, notre environnement, notre vie, n'est en fait que le résultat ou la création de nos propres pensées. »

(Luc Bodin).

Dans le présent chapitre, je présente d'abord des résultats issus des données qualitatives des personnes affectées et ou survivantes au cas par cas, constitués des éléments de l'identité, des plaintes ainsi que du vécu subjectif de chacun. Ensuite, je présente les grands et sous-thèmes issus des vécus subjectifs de toutes lespersonnes affectées et ou survivantes.

L'objectif poursuivi par ce chapitre est de documenter les vécus subjectifs des personnes affectées et ou survivantes de la Maladie à Virus Ebola d'une part, et de décrire l'expérience de leur vécu subjectif, d'autre part.

5.1. PRÉSENTATION DES CAS

Dans l'ensemble, l'étude qualitative a examiné 27 cas. A titre illustratif, je présente cinq cas dans le corps du texte. La situation des autres cas est présentée dans les annexes. Le choix de cinq cas présentés dans le corps du texte se justifie par le degré de victimisation, l'âge et la profession des personnes affectées et ou survivantes. Pour chaque cas présenté à ce niveau, je rapporte un bref contexte du cas, l'identité du cas, les plaintes et une brève description du vécu global de l'épidémie de la MVE telle que la personne affectée la vivait pendant et après la flambée. Il convient de noter que les vrais noms des personnes affectées et ou survivantes ont été masqués pour préserver leur anonymat.

5.1.1. Cas TATA SANGO MOKONZI (C_2)

Introduction

Le pseudonyme « TATA SANGO MOKONZI » « TSM » en sigle, est écrit en lingala, l'une des quatre langues nationales de la République démocratique du Congo, langue maternelle du survivant. Littéralement, il veut dire « *Père Curé* », il traduit réellement le rôle qu'exerce le survivant au sein dans sa communauté. En fait, il s'agit d'un Père curé qui s'était fait infecter lors de l'imposition des mains sur un malade atteint de la MVE. Ayant été hospitalisé, décédé et mis dans le sac mortuaire au CTE, TSM reviendra à la vie pour enfin survivre au virus

Ebola. Aujourd'hui, il occupe un poste important au sein de l'association Nationale des Vainqueurs d'Ebola en RDC. Le cas TSM est issu de la 9ème épidémie de la maladie à virus Ebola sur les quinze (15) que la Rd Congo a connues, épisode qui a sévi en 2018 dans la Province de l'Equateur, plus précisément dans la cité de Bikoro, puis s'est étendu dans plusieurs zones de santé de la Province.

Identité

De sexe masculin, *Tata Sango Mokonzi*, 37 ans, est licencié en théologie et assume le rôle de curé dans l'une des paroisses du territoire de Bikoro dans la Province de l'Equateur. La première série des rencontres avec *Tata Sango Mokonzi* avait eu lieu à Itipo, son lieu de travail où il s'était fait infecté. *Tata Sango Mokonzi* avait été suspecté comme porteur de virus d'Ebola pour avoir présenté la fièvre, les maux de tête, la diarrhée, les courbatures et aussi, pour ses liens épidémiologiques (le fait d'avoir imposé les mains sur un malade décédé avec le virus d'Ebola).

Présentation des plaintes

Tata Sango Mokonzi a été successivement reçu en entretien psychologique à domicile (paroisse) pour préparer psychologiquement son transfert au CTE Bikoro à 80 kilomètres. La deuxième série des rencontres avait eu lieu au CTE Bikoro où la présence du virus dans son organisme avait été confirmée. A domicile, les entretiens se faisaient sans EPI, mais au CTE, ils se faisaient en EPI. Les symptômes psychologiques, mis en avant-plan par la Commission de prise en charge médicale, avaient révélé la colère, l'angoisse de la mort, l'anorexie, l'asthénie, la peur intense, le mécontentement, l'anxiété, les revendications et surtout, la survenue par succession, des morts des autres malades au CTE. En communauté, d'autres symptômes se sont ajoutés, entre autres : l'énervement à la moindre chose, l'agitation, l'agressivité verbale (injures), l'agressivité non-verbale, le passage à l'acte (bagarrer, gifler).

Histoire

Tata Sango Mokonzi était curé dans une des paroisses, dans un village de la Province de l'Equateur, touché par l'épidémie de la maladie à virus Ebola. *Tata Sango Mokonzi* était allé prier en imposant les mains sur la tête d'un de ses fidèles présentant les symptômes de la maladie à virus Ebola. C'est de là qu'il s'était fait infecter. La prise en charge psychosociale de

Tata Sango Mokonzi avait commencé à domicile avant son transfert au CTE. Il s'était agi d'un entretien motivationnel de persuasion pour l'adhérence du sujet au CTE, ensuite au traitement.

Evaluation

D'une part, un problème somatique (la présence du virus dans l'organisme) et, d'autre part, un problème psychologique auquel s'ajoute le stress psycho-traumatique. L'intrication de ces deux dimensions avait révélé un problème somatopsychique qui avait évolué, après sa guérison de la maladie à virus Ebola, au stress psychotraumatique. De ce diagnostic, en tant que psychologue, nous avions recouru aux entretiens directs avec lui-même et indirects avec ses proches.

Conceptualisation du cas

Pendant que le survivant était au CTE, en tant que psychologue, nous avions privilégié trois cibles d'interventions : la stabilisation humorale du sujet, le rétablissement de son besoin d'alimentation et enfin la régulation de son système relationnel avec les autres malades et le personnel soignant. Premièrement, c'était pour résoudre son problème de l'angoisse de mort et ses peurs intenses. Deuxièmement, il fallait résoudre son problème d'anorexie, qui était à la base même de son asthénie physique. Troisièmement, c'était pour résoudre son problème de revendication qui avait compliqué ses relations avec le personnel soignant ainsi qu'avec les autres malades, prêtre de son état. A domicile, les stratégies étaient focalisées sur la prise de connaissance et de rôles de ses symptômes, la maîtrise de soi et la stigmatisation.

Le survivant avait mesuré le degré de dangerosité du virus Ebola et aussi le risque de son métier. En fait, il s'était fait infecter pendant qu'il priait pour l'un de ses fidèles malades en lui imposant les mains. C'était une nouvelle façon de tomber malade, de se faire soigner, d'être stigmatisé et de vivre les séquelles de la maladie au-delà de la mort. Bref, pour le patient, mieux valait souffrir d'une autre maladie que d'Ebola qui avait beaucoup des conséquences dans la vie de l'être humain.

Le survivant était parmi les sauveurs de l'humanité de sa contrée, le puissant qui priait et guérissait les gens par ses prières en tant que père religieux et curé de la paroisse. Sa maladie avait frustré toute sa communauté. C'est à cause de lui que la communauté avait perçu la dangerosité de la maladie.

Devant la MVE, TSM a montré ouvertement son anxiété. Il l'exprime en ces termes : « *...Imbéciles vous attendiez que je souffre d'Ebola pour que vous profitiez sur mon dos*». *« Moi qui suis au service de Dieu, qu'est-ce que j'ai fait pour mériter cette maladie grave et mortelle ? »* Après sa guérison, il déclare ceci : « *Je n'arrive plus à poursuivre mes projets sur ma paroisse, je ne me suis pas encore remis comme j'étais avant* ». *« ...J'ai vécu ma maladie comme un phénomène mystico-religieux, j'étais mort, puis mis dans le sac mortuaire la nuit, ensuite j'étais ressuscité entre 4 heures et 5 heures du matin quand je me suis senti froid. Pendant ma mort, je m'étais retrouvé dans un monde du jamais vu, où il y avait beaucoup de gens habillés en blanc, entrain de chanter et de danser. Cherchant à les rejoindre à travers un tunnel, je m'étais vu interdit de passer la barrière d'accès par la garde qui y était commise, parce que, selon cette dernière, je n'étais pas encore digne d'y accéder. En se regardant, j'avais soudainement repris connaissance et je m'étais retrouvé nu dans le sac mortuaire ». « ...seigneur pourquoi m'abandonnes-tu ?». «... le dimanche qui a suivi la date de ma sortie du CTE comme survivant, les confrères m'ont invité, de concélébrer la messe. Au moment de l'eucharistie, j'ai pris le ciboire pour commencer à distribuer l'hostie. Quelle surprise ! je constate que tous les fidèles ne voulaient pas venir prendre l'hostie entre mes mains, ils allaient chez les autres prêtres, je suis resté avec ma ciboire pleine d'hostie », « ...Oh seigneur cette maladie ne va pas me quitter ».*

La maladie de TSM était vécue comme un cas mystico-religieux, car le patient était mort, mis dans le sac mortuaire la nuit de son décès. Les hygiénistes n'attendaient que le matin pour sortir le corps en vue de son enterrement. C'est entre 4 heures et 5 heures du matin que TSM sentira le froid à partir du sac mortuaire où son corps était mis. La tirette de ce sac mortuaire n'étant pas complétement fermée, la partie de la tête de TSM n'était pas totalement dans celui-ci. C'est ce qui avait permis à ce dernier d'ouvrir complément la tirette et de se dégager du sac mortuaire.

Déroulement du traitement et évaluation des progrès

La prise en charge psychosociale de TSM a connu trois temps : avant, pendant et après le CTE. Dans le premier temps, TSM était d'abord préparée pour son transfert vers le CTE. Ce dernier est situé à une quatre vingtaines de Kilomètres. Puis, il avait été accompagné dans sa peur de l'isolement et dans ses angoisses de mort. Ici, nous avions privilégié la psychothérapie de soutien. Dans le deuxième temps, TSM était soutenue pour ses problèmes humoraux, alimentaires et relationnels et compte tenu des contraintes du CTE, nous avions continué avec la psychothérapie

de soutien et avions ajouté la psychoéducation. Dans le troisième temps, avec une multitude de symptômes qui s'étaient ajoutés, le sujet était amené à la prise de connaissance et de conscience des rôles joués par ses différents symptômes manifestés et nous avions procédé à des exercices de maîtrise de soi et aussi, le sujet avait été préparé à affronter des stigmatisations.

Reçu successivement à domicile comme cas suspect, puis au CTE comme cas confirmé au virus Ebola et encore à domicile cette fois-ci comme survivant convalescent, les psychologues ont eu au total 26 séances dont deux séances à domicile avant de se rendre au CTE, 12 séances au CTE pendant deux semaines d'isolation et 12 autres séances pendant trois semaines à domicile après sa sortie du CTE. La durée des séances variait de 10 à 30 minutes selon les lieux de prestation.

Facteurs de complication

Certains facteurs ont compliqué la relation de soins avec TSM, notamment l'anxiété constance de l'isolement au CTE, les souffrances physiques de la victime, le décès des autres malades qui se trouvaient avec la victime dans une même salle de soins et le nombre important des malades dans une même salle de soins.

Accès et obstacles aux soins

La présence du survivant au CTE reste le principal facteur ayant facilité sa prise en charge. Ajouté à cela la possibilité de pouvoir le voir trois fois par jour, car il était toujours actif. A côté de ces facteurs d'accès, d'autres par contre, étaient des obstacles dans la relation de soins. C'est le cas notamment de l'absence de confidentialité dans la prise en charge du patient, car plusieurs malades étaient logés dans une même salle, il était difficile alors d'aborder les aspects d'intimité du sujet. Un autre obstacle était le développement et la fréquence du symptôme de la diarrhée qui caractérisait tous les malades dans la salle. Ces derniers faisaient caca au vu et au su de tout le monde. D'autres facteurs créant l'obstacle dans la relation de soins, c'est le port de l'EPI, un habillement qui chauffe et qui exige de parler fort pour communiquer avec l'autre ; la stigmatisation, car à sa première célébration de messe, après le CTE, tous les fidèles avaient, lors de l'eucharistie, évité de communier entre les mains de TSM.

Suivi

Psychologiquement, TSM avait très bien évolué jusqu'à sa guérison. Le niveau d'anxiété avait sensiblement baissé, il avait repris l'espoir de vivre et avait repris son travail quelques jours après sa sortie du CTE. En tant que prêtre, il recevait plusieurs visites, ce qui avait renforcé sa capacité de résilience. Il est arrivé à créer une Association Nationale des Vainqueurs d'Ebola.

Conséquences de l'affaire sur le traitement

Pour le cas TSM, les psychologues renseignent sur la capacité d'un malade à participer dans sa prise en charge et dans sa guérison. C'était un malade qui était toujours actif et n'hésitait pas à poser son problème, à revendiquer la nourriture adaptée à son goût et à déplorer ce qui ne marchait pas au CTE. Il ne s'était pas identifié à sa maladie, ni à son état de convalescence, ni à son état de survivant. Il avait vite repris son travail quelque temps après sa sortie du CTE. Bref, c'est une personnalité qui savait vivre sa maladie et qui avait l'esprit de combativité quand il était malade et de sublimation.

Recommandations aux cliniciens et chercheurs psychologues

Au regard de la littérature psycho-médicale, la personnalité du patient est un facteur important dans la prise en charge. C'est ce que TSM avait utilisé pour faire face à sa maladie. Aussi, comme originaire de l'Equateur, il avait recouru aux éléments culturels tels que « ***Misu Makasi Ndoki te*** » qui veut dire littéralement « ***être vigilant ne signifie pas qu'on est sorcier*** » ; et, enfin, à sa culture professionnelle qui était la pratique de sa religion.

- **Analyse du cas TATA SANGO MOKONZI**

TSM a vécu l'expérience d'Ebola comme une sentence, une punition et comme un abandon divin (abandonné par Dieu), car la question qu'il s'est posé : *« comment s'être infecté d'une maladie mortelle après une action sacerdotale ? »* Un monsieur passionné dans les choses de la vie, TSM est ambitieux et plein des réalisations. Il est président de l'association des vainqueurs Ebola. Toujours soucieux de réussite de son milieu social et de sa paroisse. Dans ses relations, TSM est caractérisé par une volonté ferme et quand on veut le contrarier, il devient

agressif, mais il demeure affectueux lorsqu'on lui obéit. Son orgueil exige, lui aussi, des témoignages de la puissance matérielle.

TSM est marqué par une perception mystico-religieuse de la maladie à virus Ebola car, de son expérience du vécu au CTE, il est passé de la vie à la mort puis de la mort à la vie avec une histoire captivante de son passage dans l'autre monde où il n'a pas accédé comme digne pour que nous pensons au jugement. Mourir puis revenir à la vie sur une toile de fond d'une réalité impensable reste la composante essentielle de l'expérience du vécu subjectif de TSM par rapport à la MVE.

Devant une maladie grave et mortelle, TSM a mobilisé plusieurs défenses pour lutter contre l'angoisse d'Ebola et surtout lutter contre la mort précipitée. Dans un premier temps, TSM a nié l'existence de la maladie (déni de la maladie) pour ne pas se rendre au CTE. Arrivé au CTE, et étant confronté aux symptômes de la MVE qui a débordé ses capacités défensives et de liaison représentative, le sujet s'est trouvé aux prises avec des excitations effractives qui menaçaient sa vie, rempli d'agressivité, il a commencé des revendications inhibitrices. Nonobstant cette dernière défense, la gravité de la maladie l'a amené à s'arrêter et à penser sérieusement à son devenir et à ses conséquences (isolation). TSM est pendant plus de 10 ans curé de la paroisse, il est le pilier de sa veuve mère et de ses jeunes frères et sœurs. Depuis le décès prématuré de son défunt père, TSM s'est donc forgé en remplacement de celui-ci et a décidé de recourir à la spiritualité car, se sentant interpelé par Dieu (rationalisation). Il est allé dans l'au-delà puis revenu sur terre, TSM s'est montré courageux devant la douleur et l'incertitude quant à son avenir, et il a sublimé ainsi sa souffrance, jusqu'à sa guérison. L'assistance psychologique l'a aidé à éviter l'excès et les débordements, en les sublimant, en les canalisant à bon escient et de façon qu'ils soient acceptables tant pour le sujet lui-même que pour son environnement de vie. TSM a survécu.

5.1.2. Cas NANDIMI KOBOTA NANDAKO (C_{19})

Introduction

Le pseudonyme « **Nandimi Kobata Nandaku »** « NKN en sigle », est écrit en lingala, l'une des quatre langues nationales de la République démocratique du Congo et langue maternelle du sujet, signifie littéralement « ***J'accepte d'accoucher chez moi à domicile***» et traduit fidèlement le vécu subjectif de la personne affectée en présence. Il s'agit d'une femme enceinte qui n'a pas été infectée par la MVE, mais par peur de contracter la maladie à virus Ebola au Centre de santé où

elle faisait ses consultations prénatales, a refusé de s'y rendre encore de plus dans ce même centre. Elle a négocié lors des douleurs d'enfantement avec une sage-femme pour la faire accoucher à la maison, mais malheureusement, la femme est décédée pendant l'accouchement, tandis que son enfant est décédé quelques jours après.

Le cas NKN est issu de la neuvième épidémie de la maladie à virus Ebola en République Démocratique du Congo, épisode qui a sévi en 2018 dans la Province de l'Equateur et précisément dans la zone de santé d'Iboko dans le territoire de Bikoro, épicentre de l'épidémie.

Identité

De sexe féminin, *Nandimi Kobota Nandako* (NKN) est âgée de 21 ans, enceinte, mariée et mère de trois enfants. De sa scolarité, elle s'est limitée au niveau primaire. Tous les entretiens avec elle se passaient à domicile, dans son village à 32 kilomètres d'Itipo, le deuxième épicentre du foyer de la maladie à virus Ebola (2018), dans la Province de l'Equateur.

Pendant les entretiens, NKN est toujours habillée d'une même tenue qui ne couvre pas toute sa grossesse mais d'une expression figée de tristesse, de peur et d'une souffrance morale. Elle peut rester recroquevillée tout le temps de l'entretien malgré sa grossesse, elle parle avec une lenteur du rythme.

Présentation des plaintes

La femme enceinte a été visitée plusieurs fois à domicile dans son village situé à une trentaine de kilomètre d'Itipo, deuxième épicentre de la 9ème épidémie de la maladie à virus Ebola (Bikoro 2018). La victime a été visitée à plusieurs reprises comme femme enceinte car, elle ne voulait pas se rendre à l'hôpital pour des consultations prénatales parce qu'elle avait peur de contracter la maladie ou de mourir.

Histoire

NKN est une femme mariée et mère de trois enfants. Elle est aussi cultivatrice et c'est le même travail que fait son mari. Elle est enceinte de 8 mois au début de l'épidémie qui a commencé en date du 3 mai 2018. Depuis le déclenchement de l'épidémie, NKN comme toutes les autres femmes enceintes, ne voulait plus se rendre au centre de santé pour des consultations prénatales. Le village de Loondo dans lequel NKN habite est cité parmi ceux qui sont atteints de

la maladie à virus Ebola. C'est ainsi que cette communauté était à risque de présenter également la maladie.

NKN n'est pas directement atteinte de la maladie à virus Ebola, mais son état de grossesse mérite une attention particulière, comme cela a toujours été le cas dans les autres épidémies où les femmes enceintes fussent accompagnées par rapport à leur état, suite au stress important que suscite cette épidémie et surtout du fait que les hôpitaux et les centres de santé sont considérés comme des mouroirs. De ce fait, la population y compris les femmes enceintes refusent de s'y rendre.

Dans sa propre famille, il n'y a pas eu des décès liés à la maladie à virus Ebola, mais il convient de noter que dans son environnement de vie (dans le voisinage), il y a eu effectivement des morts à la suite de la maladie à virus Ebola. Ceci a induit dans le chef de NKN un comportement d'évitement et de refus de pouvoir se rendre à l'hôpital pour l'accouchement.

La prise en charge de NKN a commencé après que la Commission de prise en charge psychosociale ait constaté le décès d'une femme enceinte pendant l'accouchement à domicile dans la communauté. Sur ce, les agents psychosociaux ayant été saisis de cette réalité sont parvenus à rapporter la nouvelle au niveau de la Commission. C'est ainsi qu'après discussion avec la coordination scientifique et technique internationale de lutte contre la maladie à virus Ebola, la Commission psychosociale a dû décider d'assister et d'accompagner toutes les femmes enceintes dans la communauté. C'est dans ce cadre-là que NKN a été enregistrée comme une femme enceinte.

La prise en charge de celle-ci commence dans son village natal à domicile où une équipe des intervenants psychosociaux lui rendait visite et s'est entretenue avec elle, lui demandant de recommencer avec les consultations prénatales dans son centre habituel. Quelques jours après le passage de ces intervenants psychosociaux au centre de santé de Loondo, ils ont constaté que le nom de NKN ne figurait pas sur la liste des femmes enceintes ayant déjà repris les consultations prénatales. Cependant, à la deuxième visite des agents psychosociaux, NKN a refusé catégoriquement de se rendre au centre par peur de contracter la maladie car, elle avait peur d'aller au centre et d'en mourir. Par-là commença sa prise en charge psychosociale.

Evaluation

Après plusieurs entretiens clinques avec NKN, les psychologues ont constaté que le sujet avait une peur intense de contracter la maladie à virus Ebola en se rendant au centre de santé et de mourir par la suite. Au regard de ce qui précède, les psychologues ont posé le diagnostic de stress aigu qui a entrainé également un trouble d'adaptation.

Conceptualisation du cas

Pour aider NKN, les psychologues ont utilisé les techniques de psychothérapie psychoéducative afin d'amener la victime à comprendre le sens ou les mécanismes à la base de peur intense, de son angoisse de mort. La patiente a compris qu'effectivement, elle n'a jamais vu une femme se faire contaminer au centre et aussi elle n'a jamais vu une femme enceinte mourir de maladie à virus Ebola et que sa peur était plus nourrie de sa propre perception mais malgré son acceptation, elle évitait toujours de s'y rendre au centre.

La peur de NKN est fondée car, effectivement, il y a ses voisins dans la communauté qui sont morts et NKN a su qu'il s'agit d'une maladie contagieuse et ces voisins étaient d'abord reçus au centre de santé de la place. Les symptômes de NKN sont plus exacerbés par sa perception et aussi suite à son état car, la femme enceinte n'est pas libre. La grossesse constitue une charge de plus pour elle, vu qu'elle n'a pas assez des ressources du point de vue de la défense, et en ce qui concerne la mobilité, elle est très limitée vu son état actuel, elle connait une restriction des mouvements exigeant plus d'énergie physique.

Déroulement du traitement et évaluation des progrès

Les psychologues ont décidé d'utiliser la psychothérapie de soutien et la psychothérapie psychoéducative. Avec la psychothérapie de soutien, les psychologues l'ont soutenue et l'ont amenée à accepter son état afin de pouvoir s'engager dans le processus de prise en charge tel que cela a été défini.

Pour l'amener à avoir connaissance de son problème plus que d'avoir l'impression d'une gravité, mais malheureusement, les psychologues l'ont perdu car, la décision d'assister les femmes enceintes lors de la maladie à virus Ebola a été en retard. Ceci a fait qu'elle a consulté une sage-femme qui l'a accompagnée jusqu'à l'accouchement. C'est pendant ce moment d'accouchement que NKN est décédée laissant trois enfants. Même après le décès de la victime,

le travail de prise en charge a continué avec les autres membres de famille et avec la substituée de la mère qui devait s'occupait de l'enfant. Lors de descentes sur terrain, les psychologues ont réalisé au total 7 séances à domicile de la victime. Les psychologues se rendaient une fois tous les deux jours et trois fois par semaine. Les séances d'entretiens duraient 15 à 30 minutes.

Facteurs de complication

C'est d'abord l'environnement de vie qui a compliqué la prise en charge car, c'est un environnement marqué par la culture du cannabis. La plupart de personnes habitant cet environnement consomment le cannabis y compris l'époux de NKN et elle-même. Ces derniers n'arrivaient pas à évaluer les risques liés au refus de la prise en charge.

Accès et obstacles aux soins

L'accès a été facilité premièrement par les intervenants psychosociaux et la lettre de la coordination scientifique et technique international demandant aux différents centres de santé de reprendre les consultations prénatales et la disponibilité de la femme enceinte qui était toujours présente au moment de descentes dans le ménage.

A ce niveau, il y a d'abord les comportements et attitudes du couple qui étaient liés à l'addiction, le manque d'instruction et la pauvreté. Ces éléments n'ont pas permis une avancée dans le processus de prise en charge amorcé par les intervenants.

Suivi

NKN n'a pas bien évolué car elle était plus influencée par son mari qui prenait de fois le cannabis même à notre présence et c'est ce qui aurait aussi justifié les résistances qu'elle a présenté pour se rendre au centre de santé. Elle est décédée à la maison sans avoir été consultée dans un centre de santé pour qu'elle soit accompagnée et assistée avant et pendant l'accouchement.

Conséquences de l'affaire sur le traitement

Le cas NKN est révélateur des conséquences psychosociales liées à la maladie à virus Ebola. Elle n'était pas une personne infectée, car elle n'a pas été atteinte du virus Ebola, mais est décédée suite aux conséquences liées à cette maladie. C'est pour tirer la sonnette d'alarme aux décideurs, à tous les intervenants de ne pas s'occuper de seules personnes infectées, mais aussi de ceux qui sont proches des personnes infectées et des communautés toutes entières. Aussi, de

tenir compte des groupes vulnérables qui sont les enfants, les vieillards, les handicapés et surtout les femmes enceintes. Car les risques de ces dernières sont doubles, pour elles-mêmes en tant que mères et aussi pour les fœtus qu'elles portent.

Recommandations aux cliniciens et chercheurs psychologues

La littérature scientifique reconnait que dans un événement potentiellement traumatique, il y a deux types de victimes : directes et indirectes. Dans la catégorie des victimes indirectes, il y a les victimes secondaires, tertiaires et quartenaires. Certaines victimes indirectes paient aussi leur vie suite à la maladie à virus Ebola d'une part, et de l'autre, il y a d'autres qui sont victimes de trauma psychique jusqu'à développer une pathologie mentale réelle. C'est ainsi que les psychologues recommandent la prise en charge de toutes les catégories de victimes. Donc, les femmes enceintes font partie de cette catégorie plus vulnérable qui nécessite l'attention de tous.

- **Analyse du cas NANDIMI KOBOTA NANDAKO**

L'expérience de l'épidémie de la MVE a été vécue subjectivement par NKN comme persécutrice, aussi comme un virus qui veut la tuer et son enfant se trouvant dans le ventre. De type de résonance intime introverti, il s'agit d'une femme très réservée manifestant de la timidité dans toutes les rencontres avec le psychologue et des agents psychosociaux. D'après ses voisins, NKN n'est pas un mouton de panurge. Pour les professionnels de santé, elle se comporte de façon anonyme même parmi les femmes enceintes, et elle agit souvent froidement de façon impersonnelle. Le refus catégorique de NKN de reprendre les consultations prénatales, d'aller accoucher dans le centre de santé au risque de perdre sa vie pendant l'accouchement à domicile reste la composante essentielle de l'expérience du vécu subjectif de NKN par rapport à l'épidémie de la MVE. L'un des mécanismes les plus fréquents et plus évidents chez les femmes enceintes pendant l'épidémie de la maladie à virus Ebola est l'anticipation anxieuse.

Les femmes enceintes prennent souvent le fait que les malades réels ou suspectés d'Ebola soient passés dans une structure sanitaire et/ou hospitalisés, pour des signes d'une menace éventuellement de contagion et ou de mois. Elles réagissent alors par un état d'alarme et d'angoisse. NKN n'y échappe pas.En effet, c'est devant cette réalité pénible des hôpitaux perçus comme lieu de contamination et mouroirs que NKN évite de continuer à se rendre dans le centre de santé pour les consultations prénatales habituelles (évitement). A la base de son évitement, une

imagination de tout ce qui pouvait aller mal : contamination, maladie grâve, etc., et évidemment certaines difficultés que pouvaient encourir ses enfants, son mari, bref sa famille. Elle a anticipé aussi de la même manière, la tournure finale de son traitement qu'elle sera atteinte par la MVE (anticipation anxieuse).

Après les complications de l'accouchement à domicile, NKN était fortement angoissée d'être responsable de ce qui lui arrive en prenant une décision défaitiste (sentiment de culpabilité). NKN est décédée sans qu'elle soit contaminée, mais par peur d'être contaminée au centre de santé, puis de mourir. Son décès s'en est suivi quelques jours après.

5.1.3. Cas NABOYI AKOKENDE LOKOLIA TE (C_3)

Introduction

Le pseudonyme « Naboyi Akokende Lokoliate » NAL, en sigle, est écrit en Lingala, l'une de quatre langues de la Rd Congo, langue maternelle de la personne affectée. Il veut dire littéralement : « je refuse, elle ne partira pas à Lokolia » qui traduit les propos du père de la personne infectée en présence. En fait, c'est en ces termes qu'il répondait à tout celui qui lui proposait d'amener son enfant qui présentait les symptômes semblables à ceux de la maladie à virus Ebola à Lokolia, épicentre de la 7ème épidémie de la maladie à virus Ebola en Rd Congo. Ce refus, c'est parce que sa femme, mère de cette enfant était décédée à Lokolia au CTE.

Le cas NAL était issu de la 7ème épidémie de la maladie à virus Ebola sur les quinze que la Rd Congo a connues, épisode qui avait sévi en 2014, dans l'ancienne Province de l'Equateur, l'actuelle Province de la Tshuapa, dont Boende est le chef-lieu. L'épidémie avait sévi précisément à Djera.

Identité

De sexe féminin, Naboyi Akokende Lokolia te « NAL » était âgée de 4 ans. Elle était benjamine d'une famille de 6 enfants dont 3 filles et 3 garçons. Elle n'avait pas encore l'âge scolaire et restait à domicile faute d'école maternelle dans son village. Les premières rencontres avec l'enfant accompagnée de son père avaient eu lieu dans son village natal. Déjà à la maison, l'enfant faisait la fièvre et les vomissements, elle avait des yeux rougis avec des frissons.

Présentation des plaintes

Comme nous l'avons dit ci-haut, la première série des rencontres avec la NAL avaient eu lieu en famille. L'enfant était un sujet à haut risque, les entretiens à domicile étaient sans EPI, mais prudemment, la position d'entretien était de 45°, NAL était vue de profil. Les symptômes psychologiques mis en évidence par l'équipe des épidémiologistes qui faisaient le suivi de la famille de NAL sont : le manque de collaboration des membres de famille, le refus de la famille à présenter tous les membres et, surtout, la présentation par l'enfant des signes pour un suivi de contact, les pleurs sans cesse de la mère de cette famille déjà morte, l'amaigrissement, l'anorexie.

Histoire

NAL était une enfant de 4 ans qui n'étudiait pas faute d'une école maternelle dans sa contrée. Tous les membres de sa famille étaient en liaison pour avoir été en contact avec leur mère morte de la maladie à virus Ebola. NAL avait présenté les symptômes semblables à ceux de la maladie à virus Ebola, du fait qu'elle appartenait à une famille ayant des liens épidémiologiques (pour avoir perdu leur mère avec la même maladie). La probabilité était plus que les symptômes que présentait NAL équivalaient à ceux de la maladie à virus Ebola.

La prise en charge psychosociale de NAL, avait commencé grâce aux négociations avec les membres de sa famille, en avant plan son père, afin que ces derniers puissent accepter d'abord que leur fille, qui présentait déjà les symptômes, soit prélevée à domicile. Le même jour, la famille était catégorique, c'est le lendemain qu'elle avait accepté et que l'enfant avait été prélevée.

Evaluation

Pour la situation de NAL, c'est toute sa famille qui avait subi un traumatisme psychique, et c'est pendant que toute la famille observait le deuil de leur épouse et mère, que NAL présentait les symptômes semblables à ceux de sa mère. Cette situation avait ressuscité les affects douloureux : le deuil et les pleurs avaient repris à zéro. Le jour de son transfert au CTE, l'enfant n'avait été accompagné d'aucun membre de sa famille, car tous avaient refusé d'aller revoir là où leur mère ou femme était décédée. Ce qui avait fait que NAL avait fait toute une semaine sans voir son père, ni un autre membre de sa famille. C'est ainsi que NAL ne faisait que pleurer

continuellement et refusait de manger. Les psychologues ont posé le diagnostic d'un trouble d'adaptation qui témoigne l'intrication avec le virus Ebola, ainsi que de deuil compliqué pour l'enfant de 4 ans qui s'est vu amputé de son objet d'identification qui était sa mère.

Conceptualisation du cas

Pour la situation de NAL, les psychologue ont arrêté quelques cibles d'interventions qui étaient notamment :

1. la négociation de son prélèvement à domicile, un acte strictement interdit pendant l'épidémie de la maladie à virus Ebola, mais nous l'avions fait pour ne pas bloquer les opérations ;
2. la négociation de son transfert vers le CTE après le résultat positif du laboratoire, chose faite sans consentement de toute sa famille ;
3. la négociation, auprès de la famille, de l'autorisation de visite de NAL par son père, chose difficilement acquise après répartition de la règle coutumière de la famille de la défunte épouse interdisant à tout mari ayant perdu sa femme de se mouvoir pendant la période de l'observance du deuil ;
4. le règlement de la question d'alimentation de l'enfant, base de son amaigrissement et enfin ;
5. l'organisation du travail de deuil de NAL à domicile, car ayant déjà été guérie et quitté le CTE.

Vu son âge, tout ce qui se passait tout autour de l'enfant était la gestion du flou. Elle exprimait tout par les pleurs. C'est à travers les propos du père que l'enfant était comprise, par exemple quand il dit : *« Je refuse, mon enfant ne partira pas à Lokolia l'épicentre de la MVE, là où sa mère est décédée».* « *...une fillette de 4 ans évacuée seule, sans membre de famille, dans une ambulance, de son village vers l'épicentre à une distance de 14 kilomètres, quel parent peut accepter ? ».*

Le vécu de la maladie à virus Ebola pour l'enfant était traumatique. Une enfant de 4 ans, hospitalisée seule, à 14 kilomètres de son village natal, loin de ses parents, c'était effrayant pour elle. Le port de l'EPI lors des soins empirait la situation et l'absence des membres de sa famille au CTE, surtout de son père plaçait l'enfant dans une situation catastrophique. La

conséquence était que l'enfant n'avait confiance en personne lors de son séjour au CTE et tous les aliments mis à sa disposition étaient rejetés. Elle ne faisait que pleurer chaque jour.

Déroulement du traitement et évaluation des progrès

La prise en charge psychosociale de NAL avait connu trois temps, à savoir : avant, pendant et après le CTE. Avant le CTE, l'intervention se déroulait à domicile afin d'amener la famille de NAL à accepter son prélèvement à domicile pour faire les examens et voir réellement si les symptômes que présentait NAL étaient ceux de la maladie à virus Ebola ou d'une autre maladie. Pour cela, les psychologues ont recouru au soutien psychologique à une famille éprouvée et à la médiation familiale pour persuader la famille à accepter le prélèvement à domicile de NAL.

Au CTE, les psychologues ont recouru à l'accompagnement psychosocial de l'enfant qui avait passé dix jours sans membre de famille et les psychologues ont joué le rôle de substitut. Les psychologues ont également recouru à la technique de l'usage des photos pour réduire la distance affective entre l'enfant et sa famille et vice versa. Le travail avait suivi à domicile où on a recouru à la psycho-palabre, une technique psychothérapeutique adaptée à la culture africaine pour négocier le déplacement du père de NAL vers le CTE, malgré l'observance du deuil de sa défunte épouse. Cette technique avait été appuyée par la psychoéducation. A domicile, après la guérison de NAL, le travail de deuil avait été envisagé avec tous les membres de sa famille.

NAL avait été reçue successivement à domicile avant son transfert au CTE comme cas suspect, puis au CTE comme cas confirmé au virus Ebola. Ensuite, à domicile encore, cette fois-ci, comme une survivante convalescente. Au total 40 séances avaient été réalisées avec NAL, dont 6 à domicile avant son transfert au CTE, 25 séances au CTE pendant deux semaines, 9 autres séances à domicile pendant trois semaines, en raison de 3 séances par semaine. La durée des séances variait, selon les lieux, de 10 à 30 minutes voire 1 heure pour les séances de médiation et psycho-palabre.

Facteurs de complication

Plusieurs facteurs ont compliqué la prise en charge de NAL, notamment le refus de la famille à accepter le transfert de l'enfant vers le CTE, voire son prélèvement à domicile, les

pleurs sans cesse de l'enfant à l'absence des membres de famille au CTE, la peur constante de l'enfant à rester seule au CTE, les pleurs des autres membres de famille lors de décès au CTE.

Accès et obstacles aux soins

La présence de NAL à domicile, tout comme au CTE avait facilité la prise en charge en ce sens que les psychologues ont eu la possibilité de la voir régulièrement. L'alliance thérapeutique créée avec sa famille avait également facilité la prise en charge de NAL. Les visites du père après médiation familiale avaient aussi facilité la relation des soins avec NAL.

Mais à côté de ces facteurs facilitateurs, il y avait eu également des facteurs ayant entravé la prise en charge. Il s'agit notamment de l'âge de NAL qui avait posé des difficultés à échanger directement avec les équipes de prise en charge, l'isolement de l'enfant, les incompréhensions avec les membres de famille, les us et coutumes.

Suivi

La bonne évolution de NAL avait été obtenue après plusieurs difficultés, mais grâce à l'esprit managérial et de créativité des psychologues, les difficultés avaient été contournées. NAL avait finalement bien évolué tant sur le plan physique, sur le plan biologique que sur le plan psychologique. L'évolution positive avait commencé juste après la première visite du père de NAL à cette dernière. C'était un événement pour les deux. Pendant au moins cinq minutes, le père pleurait au même moment que NAL. C'était grâce à l'intervention du psychologue que les deux avaient cessé de pleurer. Après, le père s'était mis à soutenir son enfant et lui avait acheté les biens que son enfant avait demandés.

Conséquences de l'affaire sur le traitement

Le cas de NAL renseigne beaucoup sur les aspects psychopathologique et psychothérapeutique de l'enfant pendant les situations de crise comme celle de l'épidémie de la maladie à virus Ebola, difficulté à poser de diagnostic et également de trouver des techniques psychothérapeutiques adaptées pour apaiser l'enfant. Comme enfant, il était toujours important d'associer les parents, les adultes de la famille dans la prise en charge.

Recommandations aux cliniciens et chercheurs psychologues

La situation de NAL renvoie au stade du développement psychologique de l'être humain. A 4 ans, NAL était en train de s'identifier au parent de même sexe et, c'était pendant ce moment, qu'elle se voit amputée de cet objet significatif, qu'est le visage parental (parent de même sexe). En même temps, qu'elle constituait un danger pour toute sa famille et ses voisins en restant à la maison elle présentait les mêmes symptômes semblables à la même maladie qui avait emporté sa mère. Par ailleurs, son père ne pouvait pas l'accompagner parce qu'il était en train d'observer le deuil de sa défunte femme. Ceci avait exigé dans la prise en charge, le recours aux éléments de la psychopathologie de l'enfant, psychopathologie Africaine, l'anthropologie, la sociologie pour arriver à soulager la situation de l'enfant et de sa famille.

- **Analyse de cas : Naboyi Akokende Lokolia te (NAL)**

NAL a expérimenté le vécu d'Ebola comme la continuité du deuil de sa défunte mère (au moment où les hygiénistes habillés en combinaison montaient le sujet en pleurant dans l'ambulance, toute la famille et les proches se sont mis à pleurer), d'une part et, d'autre part, comme une sanction ultime lui infligée par sa famille, un acte d'abandon par sa famille et surtout par son père (car transférer seul un enfant de 4 ans, à une distance de 14 Km, sans membre de famille et le père la visite 10 jours après au CTE).

NAL était une enfant docile, aimée de sa famille, elle ressemble plus à sa mère. Comme benjamine de la famille, c'est sur elle que repose toute l'affection familiale, raison pour laquelle toute la famille était mobilisée contre les résultats de Laboratoire. La famille donc acharnée pour que NAL ne soit pas transférée au CTE considéré comme un cadre essentiellement mortel étant donné que sa mère y était décédée.

Le sentiment de deuil non résolu ou deuil congelé reste la composante essentielle de l'expérience du vécu subjectif de NAL par rapport à la MVE (mort de sa mère, son isolement seul au CTE, séparation avec tous ses proches). Cela a été manifesté par le sujet au travers des pleurs sans cesse (régression) pendant la période d'isolement au CTE. C'est ainsi que pour NAL, Ebola est perçue comme un phénomène qui entraîne la disparition des gens, la séparation avec les êtres chers, les souffrances et les pleurs.

Transférée seule au CTE sans y être accompagnée ni par son père, ni par un quelconque membre de famille, NAL a éprouvé d'énormes difficultés pour s'adapter et intégrer les nouvelles conditions que lui impose sa maladie. Elle se prend alors en pitié, se met à pleurer sans cesse et se reporte à un autre malade de la génération de son père. NAL devient dépendante, exigeante et capricieuse se montrant même susceptible et égocentrique avec les soignants et les autres membres de famille. Elle fait un retrait apathique et se laisse aller à la régression ainsi qu'au clivage de nature psychoaffective (régression, clivage). L'abandon de la lutte contre sa maladie, c'est ça le mode opératoire de NAL, une passivité auto-entretenue (retrait apathique). Et NAL a survécu à la MVE.

5.1.4. Cas WAPI YANGAI MOLONGANI (C_7)

Introduction

Le pseudonyme « **Wapi Yangai Molongani** » « WYM » en sigle, est écrit en lingala, l'une des quatre langues nationales de la République Démocratique du Congo et langue maternelle du sujet. Il signifie littéralement « ***Où est mon fiancé chéri*** » et traduit fidèlement le vécu subjectif de la personne infectée en présence. Il s'agit d'une jeune dame célibataire, mais fiancée à un monsieur. Pendant leurs fiançailles, ils vivaient comme un couple des mariés. Le petit conflit entre les deux amoureux avait commencé avant que la jeune dame ne tombe malade. Cette dernière soupçonnait déjà son fiancé de sortir avec une autre fille. Le CTE était considéré pour WYM comme un obstacle ou barrière venu renforcer la distance affective avec son fiancé en l'empêchant de le voir et de le contrôler comme elle le faisait déjà. C'est pour cette raison que chaque jour, WYM ne cessait de réclamer voir son fiancé : « ***Où est mon fiancé chéri ?»***

Le cas WYM est issu de la sixième épidémie de la maladie à virus Ebola sur les quinze qu'a connues la République Démocratique du Congo. Cet épisode avait sévi en 2012 à Isiro dans l'actuelle Province de Haut-Uélé.

Identité

Wapi Yangai Molongani (WYM), 30 ans, de sexe féminin, célibataire et mère d'une enfant, est fille unique dans sa fratrie. Elle était laborantine, stagiaire dans un centre de santé dans la ville d'Isiro (Province de Haut Uélé), épicentre de la cinquième épidémie de la maladie à virus Ebola. Elle avait été déclarée cas confirmé au virus Ebola après les examens de laboratoire.

Pendant les entretiens, WYM exprimait bien ses émotions et sa culpabilité. Elle était toujours debout, n'avait pas le temps de s'asseoir. Elle parlait fort et rapidement en tapant du pied. Elle cherchait à savoir pourquoi elle se retrouvait à l'hôpital et où se trouvait son fiancé.

Présentation des plaintes

WYM avait été reçue en entretiens duels, successivement, au centre de santé, à domicile et au CTE. Dans les deux premiers lieux de rencontre, les psychologues étaient sans Equipement Individuel de Protection (EPI). Au CTE, pendant tous les entretiens, ils étaient habillés en EPI. En dehors des jours programmés pour l'accompagnement psychologique des malades au CTE, WYM présentait des problèmes graves de santé mentale : toujours en mouvement, touche à tout dans la salle, tenue des propos incohérents envers les autres malades ainsi que le personnel soignant, voir les choses que les autres ne voient pas, parler sans cesse. Dans son discours, elle voulait voir son fiancé qu'elle n'avait jamais vu depuis son isolement et le réclamait à tout moment.

Histoire

WYM habitait le village Mbunye situé à trente-deux kilomètres de la ville d'Isiro. Ce dernier fut l'épicentre de la cinquième épidémie de la Maladie à Virus Ebola (2012). WYM était de formation laboratoire et était en plein stage professionnel dans un centre de santé à Isiro. WYM avait été infectée au lieu de service pendant qu'elle manipulait les sangs infectés des malades.

La prise en charge psychologique de WYM avait commencé avec les visites de soutien et le travail de rapprochement des liens familiaux que font les psys entre les malades isolés et les membres de famille dans la communauté. Chez WYM, elle avait pris un sens particulier quand elle avait commencé des troubles de comportement.

Evaluation

Les entretiens cliniques appuyés par les observations avec WYM d'une part, et d'autre part, avec les membres des familles avaient suffi pour poser le diagnostic de trouble psychotique.

Conceptualisation du cas

Dans les interventions psychologiques, les psys ont d'abord proposé à l'équipe médicale l'administration des psychotropes pour calmer les symptômes. Ensuite, quelques techniques de psychothérapie de couple avaient été proposées à WYM et son fiancé, et la psychothérapie de soutien était un adjuvant permanent pour WYM, son fiancé ainsi que les autres membres de famille. La psychoéducation avait été utilisée pour informer le sujet sur les mécanismes de manifestation des symptômes ressentis.

C'est un peu plus tard que WYM avait fait la lecture de sa maladie, quand elle s'était un peu rétablie. Pour elle, c'était une malchance. D'abord elle était une simple stagiaire sans prime comment elle pouvait se faire infecter. Ensuite, pour elle, c'était son fiancé qui veut bien qu'elle meurt pour qu'il reste avec l'autre copine, mais il avait échoué, disait WYM. Elle l'exprime en ces termes : *« ...ou est mon mari ?, je le vois accompagner des femmes, pourquoi vous me gardez ici, qu'est-ce que je fais ici, vous me gardez pour permettre à mon mari d'aller prendre d'autres femmes... »*.

WYM fut une chômeuse. Elle était allée faire un stage professionnel dans l'idée qu'elle pouvait trouver l'emploi, c'est-à-dire être embauché juste après le stage. Malheureusement, c'est quand elle terminait son stage, qu'elle s'était faite infecter et, entre temps, elle avait des problèmes dans sa relation amoureuse avec celui qui lui avait promis le mariage. Se faire infecter d'une maladie grave, mortelle, dans un travail pour lequel elle faisait le bénévolat, d'une part et d'autre part, la promesse du mariage qui s'envolait ont fait que WYM s'était retrouvée sans soutien affective. D'où, elle s'était retrouvée dans une situation de polytraumatisme et de traumatisme complexe.

Déroulement du traitement et évaluation des progrès

Premièrement, les psys ont rapidement procédé à une évaluation initiale qui les avait permis d'identifier, entre autres, les besoins de WYM (la guérison, l'emploi, le mariage, l'indépendance), ses attentes à l'égard de l'intervention (guérison, stabilité dans sa relation amoureuse), ses forces (persévérance) et ses difficultés (manque d'emploi), la nature et l'origine de ses problèmes (maladie et absence de son fiancé). Cette rencontre d'évaluation initiale avait également permis à WYM de connaître l'approche d'intervention psychologique.

Le traitement avec WYM avait commencé à domicile. C'est quand elle s'était rendue compte qu'elle ne sera pas engagée dans le centre de santé qui l'avait reçue en stage professionnel, que la laborantine était rentrée à domicile et c'est de là qu'elle avait commencé à présenter les signes. Avant même qu'elle se rende définitivement à la maison, il y avait déjà les soupçons. C'est avec l'entretien motivationnel que nous avions commencé, en vue de la persuader à venir au CTE, car elle n'en voulait pas du tout. Au CTE, quand elle avait commencé les troubles de comportement, le corps médical lui avait administré les neuroleptiques. Cette chimiothérapie avait été combinée avec les psychothérapies, notamment la poursuite de psychothérapie de soutien, associée aux techniques de psychothérapie de couple. Celles-ci avaient permis de ramener son fiancé au CTE, de le vêtir en EPI et de le faire entrer dans la salle de traitement, pour rencontrer la WYM. Cette activité avait baissé sensiblement les symptômes psychotiques. A domicile, après la guérison, les psychologues ont continué avec le soutien associé à la psychothérapie psychoéducative.

Les durées des séances de toutes les techniques psychothérapiques variaient selon le contexte ainsi que les phases de l'épidémie, allant de 15 à 20 minutes, voire plus de temps selon la circonstance. Les séances se tenaient à une fréquence déterminée par le psychologue, lapatiente , le temps et l'espace toujours selon les phases de l'épidémie. Dans la majorité des cas, elles étaient hebdomadaires, généralement une, deux ou trois fois selon les phases de l'épidémie. Après l'intervention était venue la phase de clôture. Celle-ci avait été imposée par la déclaration de la fin de l'épidémie.

WYM avait quand même bien évolué, car après la sortie, elle s'était adaptée à l'absence de son fiancé sans présenter encore les troubles de comportement et elle avait compris qu'il était difficile que son fiancé lui revienne encore, car il était plus attiré par une autre femme.

Facteurs de complication

Le déroulement de la prise en charge de WYM était compliqué par beaucoup des facteurs. D'abord, la situation de crise, le nombre important de malades dans une même salle où on devrait s'occuper de tous les malades à la fois, le manque de temps à consacrer au seul cas WYM. Au niveau du CTE, c'est ce dernier et la combinaison qui étaient également des facteurs de complication, dans ce sens que, dans la zone à haut risque, le psychologue n'entrait avec rien, seulement avec sa tête. Tout ce qu'il disait à une ou plusieurs personnes affectées à la fois, sortait de sa tête. Si le psychologue était entré avec les photos des membres de famille, c'était pour les

laisser dans la salle. L'état psychique de WYM (troubles de comportements) et la succession de décès dans la salle de soins constituaient également un facteur perturbateur des interventions psychologiques. Le manque de confidentialité dans la salle de traitement où tout concernant un malade devrait se dire en présence de tous les autres malades ainsi que de tout le personnel soignant dans la salle.

Accès et obstacles aux soins

Le déroulement de la prise en charge de WYM avait été facilité par plusieurs facteurs notamment la disponibilité imposée bien entendu par l'isolement, sa présence, du fait qu'on la trouvait dans la salle de traitement chaque fois qu'on avait préparé la matière pour elle, la collaboration avec les membres de famille au CTE et aussi à domicile.

Mais, tout n'était pas rose dans les rencontres avec WYM. Il y avait aussi les facteurs ayant entravé le déroulement de sa prise en charge, notamment le caractère inconscient de son état morbide, le caractère profond des entretiens cliniques vu par WYM comme la violation de son intimité par le psychologue, découlant de l'absence de la culture des soins psychologiques. Il y avait aussi le caractère bref de l'intervention imposée par la situation de crise, par les conditions de la prise en charge, entre autres, le port de l'EPI pendant l'intervention.

Suivi

Après la guérison, WYM avait un peu bien évolué psychologiquement, surtout avec le débarras des symptômes d'ordre psychotique et l'acceptation de la réalité du départ de son fiancé. Elle s'était revêtue de l'espoir de vivre et de trouver un autre mari, c'était une bonne résilience. Chose faite plusieurs mois après, aujourd'hui elle est femme mariée. De l'autre côté, c'était l'état dépressif qui n'avait pas vite quitté la survivante jusqu'à la déclaration officielle de la fin de l'épidémie. Dans sa nouvelle union, elle avait du mal à garder la grossesse jusqu'à terme, elle n'avait jamais eu un enfant après sa guérison du virus Ebola.

Conséquences de l'affaire sur le traitement

Ce cas également a montré que le virus Ebola n'était pas le seul facteur du traumatisme psychique pendant l'épidémie de la maladie à virus Ebola. Quand les symptômes se maintiennent, le psychologue évalue d'autres facteurs dans les vécus subjectifs du sujet. C'est ce

qui fut possible chez WYM, en plus du trauma lié à la maladie à virus Ebola, il y avait eu les traumas liés au chômage ainsi qu'à la déception amoureuse qui avaient enfoncé la patiente. Ce qui est exigé au psychologue, c'est l'adaptation aux exigences du contexte, aux enjeux de la vie.

Recommandations aux cliniciens et chercheurs psychologues

Il s'agitd'un cas de traumatisme complexe. Il faut que tous les facteurs à la base soient identifiés pour mieux assurer la prise en charge. Même si l'étiopathogenie se situe dans la situation actuelle, le recours dans le passé du sujet peut aussi donner un éclairage dans la compréhension des symptômes. Dans le cas de WYM, le fait d'être enfant unique caractérisé par la psychologie de l'enfant gâté, des personnes souvent qui manquent des ressources pour faire face aux réalités de la vie. Ces notions avaient fortement aidés à soutenir WYM, à lui doter des ressources pour faire face à la maladie. Les troubles des comportements dans le CTE, pouvaient être compris comme la révolte de la survivante contre son isolement qui vient renforcer la séparation avec son fiancé, ce qui avait fait que la présence fréquemment de son fiancé avait diminué sensiblement les troubles psychotiques.

- **Analyse de cas : WAPI YANGAI MOLONGANI**

WYM a expérimenté le vécu subjectif de la maladie à virus Ebola devant deux conflits aversifs, avec de très grandes charges émotionnelles : entre se sauver d'une maladie mortelle et retrouver la bonne distance relationnelle avec son fiancé. Une femme très réservée et qui manifeste de la timidité dans ses contacts avec les autres. Parmi les infirmiers, elle se comporte de façon anonyme, et tous ces symptômes sont des signes de troubles schizoïdes. Car WYM se sent exploité et lésé par le centre sans être embauché. Elle réagit jalousement, doutant ainsi de la fidélité de son fiancé et croit que les autres dans le village répandent des bruits infâmes sur la relation entre elle et son fiancé.

A l'annonce des résultats positifs, WYM l'a rejeté dans un premier temps (déni). Au CTE, elle se préoccupait plus de son fiancé que de sa maladie. En fait, cette réaction est aussi une façon de cacher la réalité pénible de sa MVE, en s'efforçant de ne pas y penser et de ne pas en parler non plus (évitement). WYM voulant être libre pour mieux s'occuper de son mari qu'elle soupçonnait déjà avoir des relations obscures avec une autre femme, utilise la projection en accusant les professionnels de santé de la retenir dans le CTE pour que son mari continue à

fréquenter l'autre femme librement, oubliant que c'est à cause de sa maladie qu'elle est isolée au CTE.

Le jour où le fiancé de WYM l'a rendu visite au CTE, cette dernière n'a pas beaucoup de questions à lui poser mais répond correctement à toutes ces questions. Juste après le départ du fiancé WYM, celle-ci développa une autodépréciation et un manque de valeur et de confiance en soi. D'abord, elle doute qu'avec son état actuel de maladie que son fiancé soit encore amoureux d'elle (dépréciation), ensuite, elle se demande si elle peut encore faire le travail médical après sa guérison.

Devant les situations liées à sa maladie et à ses relations soignants-soigné, la revendication inhibitrice et la compensation fantasmatique sont son mode opératoire. WYM avait survécu à la MVE.

5.1.5. Cas NGAI NABUNGISI ZEMI (C_{20})

Introduction

Le pseudonyme « Ngai Nabungisi zemi » « NNZ » en sigle est écrit en Lingala, l'une des quatre langues de la République Démocratique du Congo et langue maternelle de la personne affectée. Littéralement, ce pseudonyme traduit fidèlement les dires de la personne affectée en présence. C'est sur cette phrase qu'elle ne cessait de répéter à toute personne qui la visitait pour cette situation d'avortement spontané. Il s'agit d'une femme infirmière dans une institution hospitalière de la place qui a connu un avortement spontané parce qu'elle a appris que l'un des malades qu'elle a reçus était atteint du virus Ebola et spontanément, elle a avorté.

Le cas NNZ est issu de la 6ème épidémie de la maladie à virus Ebola sur les 15 qu'à déjà connues la RDC. Ce 6ème épisode a sévi en 2012 dans l'actuelle Province de haut Uélé, dont Isiro est le chef-lieu et l'épicentre de ladite épidémie.

Identité

De sexe féminin, Ngai Nabungisi zemi (NNZ), 36 ans, mariée est mère de six enfants**.** De sa scolarité, elle était du niveau A_1 en sciences infirmières. Elle habitait la ville d'Isiro, épicentre de la sixième épidémie de la maladie à virus Ebola. NNZ avait été reçu successivement à l'hôpital général, son lieu de service, comme une malade qui avait fait un avortement spontané,

ensuite à domicile dans sa période de convalescence. NNZ avait été admise à l'hôpital où elle a été reçue, pour les céphalées, les cervicalgies, arthralgies, les vertiges, douleurs abdominales, lombalgies sur aménorrhées de trois mois et hémorragies par voie basse.

Présentation des plaintes

A l'hôpital où elle avait été admise tout comme à domicile dans sa période de convalescence, toutes les rencontres avec NNZ se faisaient sans équipements de protection individuelle (EPI) compte tenu du diagnostic médical à sa maladie. La peur intense d'être contaminée ou d'avoir déjà contractée la maladie à virus Ebola, l'angoisse de la mort, les pleurs sans cesse, la détresse psychologique et surtout l'avortement spontané dû au fait qu'elle avait appris que le patient qui est passé entre ses mains était contaminé de la maladie à virus Ebola, sont les motifs qui avaient amené les psychologues à rencontrer NNZ.

Histoire

NNZ est une femme mariée, infirmière dans une institution hospitalière d'Isiro. C'est au sein de l'institution hospitalière où travaille l'intéressée que l'on avait érigé le CTE et surtout que cette institution est un hôpital de référence de la contrée. C'est à ce titre (infirmière) que NNZ avait donné les soins à un patient nouvellement admis qui n'avait pas présenté les signes semblables à Ebola au départ. C'est après que ce patient ait commencé les signes semblables à Ebola, qu'il fut transféré au CTE où la présence du virus dans le sang du patient a été confirmée. Quand la nouvelle de ce patient de la MVE s'est répandue dans le couloir de l'hôpital, NNZ l'a appris et croyant qu'elle était aussi contaminée, elle fera un avortement spontané.

La prise en charge de NNZ a commencé avec un soutien psychologique au pied de son lit à l'hôpital où elle était admise. Sur demande des psychologues, un examen de laboratoire sur Ebola a été recommandé et le résultat de cet examen était revenu négatif et c'était une possibilité pour les psychologues de rassurer NNZ que bien qu'elle eût touché ce malade déclaré d'Ebola, mais elle ne s'est pas faite infectée sûrement par les précautions du fait qu'elle respectait les mesures de prévention.

Evaluation

L'examen gynécologique a révélé que NNZ avait une vulve souillée de sang, au toucher vaginal, le col ouvert et le doigtier a révélé une coagulation du sang rouge. Ce qui a confirmé le diagnostic

médical d'avortement inévitable sur aménorrhée de trois mois accompagnés de Paludisme. Ceci a conduit le médecin à la prescription du curetage, de l'antipaludéen et de l'antibiotique de couverture. Ce diagnostic médical a permis aux psychologues de poser un diagnostic psychologique d'une affection psychosomatique, donc un avortement spontané dû à un choc émotionnel intense, à un stress dépassé avec risque d'aboutir à un traumatisme psychique réel. Il sied aussi de signaler le cas de deuil compliqué dû à l'avortement spontané qu'a connu NNZ. En fait, sa réaction qui a donné le pseudonyme à ce cas : « j'ai perdu ma grossesse » renvoie à la perte d'un enfant. Pour poser le diagnostic ci-dessus, les psychologues ont recouru à l'entretien clinique direct non-structuré avec l'intéressée (NNZ) et à l'entretien clinique indirect semi-structuré avec ses proches (ses collègues infirmiers, ses membres de famille, ses amis et connaissances).

Conceptualisation du cas

Compte tenu des tableaux cliniques constatés chez NNZ, qui étaient de conversion psychosomatique sur la toile de fond du stress depassé, avec ses symptômes transitoires et des symptômes dissociatifs ainsi que ses risques évolutifs vers le stress psychotraumatique, elle l'exprimait en ces termes : *«...la mort de mon enfant me coupe le souffle, me brise les ailes, me vide mon intelligence » «...que dire encore, comment annoncer à l'auteur de la grossesse », «...je n'ai pas eu le temps de voir mon enfant, de le toucher », «...qu'est-ce que je peux encore faire». « ...où est parti ma grossesse».*

Dans leurs interventions, les psychologues ont choisi des techniques psychologiques axées sur le stress, le traumatisme ainsi que sur le deuil. Les entretiens se déroulaient à l'hôpital dans un premier temps (la première série des séances) : il s'agit de psychothérapie de soutien. Puis, la deuxième série de séances a eu lieu en séance individuelle à domicile sur la prise de connaissance des symptômes manifestes (psychoéducation), sur le deuil (travail de deuil) et sur les douleurs diffuses (technique de relaxation). Avec la psychoéducation et aussi compte tenu de sa formation, NNZ avait compris les origines de son avortement, mais avant elle croyait que les symptômes qu'elle présentait, c'est parce qu'elle était déjà atteinte par le virus Ebola.

De l'avortement spontané de NNZ, les psychologues ont compris que la porteuse de la grossesse a eu un choc émotionnel intense, un stress aigu, quand elle a appris que le malade qu'elle soignait est atteint de la maladie à virus Ebola. De ce fait, elle s'est sentie directement

exposée. La grossesse constitue une charge pour une femme enceinte, un handicap pour se défendre contre un danger. C'est ainsi pour rester libre, il fallait se débarrasser de toute charge qu'on porte pour permettre à son organisme de se défendre, c'est la somatisation d'un conflit intrapsychique.

Déroulement du traitement et évaluation des progrès

Le traitement de NNZ avait porté sur le stress et le travail de deuil mais également sur les complications souvent associées. Il est passé dans un premier temps par un soutien psychologique, puis à l'annonce de l'information sur son avortement et les autres symptômes.

Les psychologues ont recouru à quelques techniques psychothérapeutiques pour réaliser la prise en charge de NNZ. Elle a été conduite individuellement et a nécessité 14 séances, au rythme d'une à deux séances par jour, trois fois par semaine. L'annonce de l'information sur les symptômes manifestes a reposé sur la psychoéducation. Elle a été centrée sur les symptômes de stress, l'insomnie, la peur, l'angoisse et sur le mécanisme de la somatisation de l'avortement.

La compréhension du processus de deuil de NNZ a permis aux psychologues de mieux appréhender son vécu de la grossesse devant un danger de mort. En fonction de sa situation perçue comme handicapante, ceci a permis d'aborder le sujet avec elle. Le recours à la technique de relaxation, a permis à NNZ de résoudre ses problèmes des douleurs diffuses.

Facteurs de complication

Quelques facteurs avaient compliqué l'intervention des psychologues auprès de NNZ. D'abord, les douleurs multiples et diffuses, l'anxiété constante d'avoir contracté le virus, le deuil que vivait NNZ suite à la perte de sa grossesse qu'elle considérait effectivement comme un enfant et ensuite le décès du patient qu'elle avait reçu et qui était à la base de son avortement spontané.

Accès et obstacles aux soins

La présence du sujet à l'hôpital tout comme à domicile, avait facilité les interventions, mais surtout l'alliance thérapeutique que les psychologues ont créée avec elle, car elle était réticente envers les autres professionnels. Par ailleurs, il y a des facteurs qui ont quand même entravé la prise en charge.C'est par exemple du fait que la prise en charge psychologique

soit une expérience nouvelle, il y a également la réticence envers les autres professionnels qu'elle jugeait de leur part une indifférence à son problème qu'elle a contracté même en milieu du travail.

Suivi

Sur le plan psychologique, NNZ a très bien évolué, car plusieurs symptômes de stress aigu ont été supprimés avec sa participation, sa collaboration et son effort. C'est ce qui a limité le risque de l'évolution de son stress aigu vers le stress psychotraumatique.

Conséquences de l'affaire sur le traitement

Le cas NNZ est l'un des cas qui montre que l'épidémie de la maladie à virus Ebola ne concerne non seulement les malades déclarés atteints par le virus Ebola, mais aussi les non cas déclarés. Par exemple, les familles des malades, les voisins, mais aussi les professionnels de santé qui sont indirectement touchés par les conséquences de cette maladie. C'est le stress vicariant. Une femme personnel soignant, connaître un avortement spontané à cause d'un choc émotionnel intense du fait qu'elle s'est occupée d'un malade sans protection pendant l'épidémie d'une grande maladie comme Ebola, devrait attirer l'attention de la hiérarchie au plus haut point, à s'occuper des professionnels de la santé tout comme des malades déclarés d'Ebola de façon égale. Le mécontentement de l'infirmière envers sa hiérarchie laissent à désirer. Il est souvent source de démotivation et de désengagement pendant la lutte. Les professionnels devraient savoir que peu importe son engagement, sa bonne volonté à s'engager à la lutte, c'est d'abord sa sécurité personnelle.

Recommandations aux cliniciens et chercheurs psychologues

C'est qu'il faut retenir par rapport à ce cas, c'est d'abord la situation des femmes enceintes en général comme victimes des catastrophes qui sont des événements potentiellement stressants et traumatisants. Peu importe son degré de victimisation, elle doit intéresser de manière particulières les intervenants, car les femmes sont vulnérables dans des circonstances pareilles et leurs conséquences sont double et sur la femme et sur le fœtus.

Par rapport à l'épidémie à la maladie du virus Ebola, les femmes enceintes qui sont au départ vulnérables, s'exposent davantage, car la maladie à virus Ebola diabolise le système de santé, souvent ces femmes refusent de se rendre à l'hôpital de peur de se faire contaminer. Ceci

pousse les autres femmes dont la grossesse est presque à terme de solliciter les sages-femmes pour les faire accoucher à domicile avec tous les risques possibles.

- **Analyse de cas : NGAI NABUNGISI ZEMI**

La peur intense d'être contaminée où d'avoir déjà contractée la maladie à virus Ebola, l'angoisse de la mort, les pleurs sans cesse, la détresse psychologique et surtout l'avortement spontané dû au fait qu'elle avait appris que le patient qui est passé entre ses mains était contaminé de la maladie à virus Ebola, sont les motifs qui avaient amené les psychologues à rencontrer NNZ. C'est pendant l'exercice de ses fonctions infirmières à l'hôpital où elle prestait que NNZ avait reçu l'information selon laquelle le malade qu'elle avait reçu en consultation et soigné deux jours passés était positif au virus Ebola. Cette information l'a considérablement bouleversée, elle a eu extrêmement peur jusqu'à s'évanouir. Son trauma s'est davantage exacerbé le jour du décès de ce malade car, la mort de celui-ci présageait d'après elle sa propre mort et cela a spontanément entraîné un avortement.

Subjectivement, NNZ a vécue l'expérience de menace de l'infection et de mort suite au virus Ebola sous une double dualité : dualité entre la vie et la mort de soi et dualité entre la vie et la mort de son enfant (fœtus). Elle a su conserver sa vie mais n'a pas pu maintenir son enfant (fœtus) en vie. Une femme d'une forte résonance émotionnelle et disposant aussi d'un quotient affectif important, NNZ est devenue esclave de sa victimisation. Ses relations interpersonnelles et interactions sociales en termes d'échange sont axées sur une tendance à l'agressivité surtout vis-à-vis de ses autorités et collègues de services, s'accompagnant des menaces de mettre fin à son travail. Mais, cette bouffée émotionnelle ainsi que cette tendance agressive, convient-il de le souligner, ne durent pas longtemps. La perte significative d'un objet idéal (fœtus ou enfant) reste la composante essentielle de l'expérience du vécu subjectif de NNZ par rapport à l'épidémie de la MVE.

C'est ainsi que l'épidémie de la MVE est perçue par NNZ comme une menace de sa propre mort, comme le tueur de son enfant (fœtus). Devant la menace d'une maladie infectieuse grâve et mortelle, NNZ considère qu'elle serait liée à son action de toucher un malade confirmé sans le savoir. Face à cette contamination éventuelle et de souffrance induite par cette maladie grâve, le sujet a réagi alors par un état d'anxiété excessive (anticipation anxieuse). Ce mécanisme

est alors devenu très nocif jusqu'à l'avortement. C'est du fait que NNZ n'anticipait que des éléments négatifs face à une forte charge émotionnelle (maladie, mort, enterrement, enfants vont rester orphelins) et tendance anticipative accentuée par des schèmes cognitifs négatifs a provoqué en elle des réactions psychosomatiques.

Les tensions négatives et angoissantes provoquées par la violence de menace de mort imminente n'ont pas permis aux mécanismes de défense psychiques qui devaient être mobilisés par NNZ de vite rétablir son équilibre psychique. D'où, le dysfonctionnement psychophysiologique avec les conséquences somatiques considérables se traduisant par un avortement spontané dans le cas d'espèce.

5.2. NOMRNCLATURE DES THEMES ET SOUS-THEMES ISSUS DES VECUS SUBJECTIFS DES PERSONNES AFFECTEES ET/OU SURVIVANTES DE LA MVE

5.2.1. Identification des thèmes

Thèmes	**Identification des victimes**
1. Traumatisme psychique d'Ebola	
Vécu traumatique d'une maladie mortelle et contagieuse	C_1, C_2, C_{14}, C_{20}, C_{21}, C_{22}, C_{23}, C_{27}
Vécu de deuil traumatique	C_2, C_{16}, C_{19}, C_{20}.
Vécu traumatique d'isolement	C_3, C_4, C_5, C_6, C_7, C_8, C_9, C_{10}, C_{11}, C_{12}, C_{13}, C_{24}, C_{25}.
Conduites d'évitement d'indices Ebola	C_{13}, C_{14}, C_{19}.
Vécu traumatique d'évacuation vers le CTE	C_{17}, C_3, C_6, C_{16}.
2. Choc émotionnel et affectif d'Ebola	
Sentiment d'être puni par le mauvais sort	C_2, C_{24}, C_{26}.
Sentiment d'abandon de lutte contre Ebola	C_1, C_3, C_{10}, C_{11}, C_{17}.
Sentiment de victimité poly endeuillé	C_1, C_3, C_{11}, C_{12}, C_{13}, C_{14}, C_{15}, C_{16}.
Sentiment d'abandonné un travail à risque	C_{20}, C_{21}, C_{24}, C_{26}, C_{27}.
Sentiment de peur d'être désapprouvé	C_{22}, C_{23}.
Sentiment de sur-responsabilité	C_{22}, C_{23}.
Sentiment d'inquiétudes pour l'avenir des enfants	C_9, C_{18}, C_{20}, C_{21}, C_{24}, C_{27}.
3. Sentiment de culpabilité et de victimisation lié à Ebola	
Culpabilité de deuil non résolu	C_1, C_{20}, C_{21}, C_{22}, C_{24}.
Culpabilité d'avoir été ou d'avoir un proche contaminé	C_5, C_{10}, C_{11}, C_{12}, C_{15}, C_{18}, C_{20}, C_{21}, C_{23}, C_{24}, C_{25}, C_{26}.
Culpabilité et auto-stigmatisation	C_7, C_{15}, C_{24}, C_{26}.
Attitudes de minimisation de la maladie	C_{10}.
4. Ebola : l'expression corporelle de la souffrance	
Pleurs sans cesse	C_3, C_6, C_8, C_{16}.
Chaine de stress négatif et cumulatif	C_2, C_4, C_5, C_9, C_{12}, C_{13}, C_{14}, C_{15}, C_{26}.
Tendances aux comportements suicidaires	C_{14}.
Inhibition de la souffrance psychique	C_{18}, C_{22}, C_{23}, C_{24}.
5. Ebola : conflit imaginaire et inconscient	

Sentiment d'être en dehors du corps et/ ou de l'environnement	C_2, C_7, C_{11}, C_{24}.
Sentiment d'être puni par Dieu	C_{11}.
Sentiment d'être abandonné par Dieu	C_2.
Moyens psychologiques défensifs face à Ebola	C_1, C_2, C_3, C_4, C_5, C_6, C_7, C_8, C_9, C_{10}, C_{11}, C_{12}, C_{13}, C_{14}, C_{15}, C_{16}, C_{17}, C_{18}, C_{19}, C_{20}, C_{21}, C_{22}, C_{23}, C_{24}, C_{25}, C_{26}, C_{27}.
Rêve traumatique de la maladie ou de la mort	C_{18}, C_{19}.
6. Ebola : angoisse du danger de mort	
Taux élevé d'angoisse de mort imminente	C_1, C_2, C_4, C_5, C_7, C_9, C_{11}, C_{12}, C_{13}, C_{14}, C_{17}, C_{20}, C_{25}, C_{26}.
Angoisse de séparation avec ses proches	C_3, C_6, C_8, C_{16}.
Angoisse d'être abandonné par ses proches	C_6, C_8, C_{16}.
Angoisse de perte d'enfant (fœtus)	C_{19}, C_{20}, C_{21}, C_{24}.
7. Ebola : interaction stigmatisante des victimes	
Vécu communautaire stigmatisant	C_4, C_5, C_7.
Auto- Stigmatisation	
8. Ebola : victimisation et déséquilibre decompensatoire	
Vécu decompensatoire psychopathologique	C_7, C_9.
Tentatives de suicide	C_{14}.
Vécu constant d'une grande souffrance	C_{18}, C_{27}.

5.2.2. Analyses des thématiques issues des vécus subjectifs des personnes affectées et ou survivantes de l'épidémie de la MVE

L'analyse des différentes données qualitatives permet de dégager l'objet du phénomène de la partie qualitative de cette étude, à savoir le vécu subjectif des personnes infectées et affectées de la MVE, survivants et décédés. Le vécu subjectif des personnes affectées et ou survivantes est caractérisé par huit grands thèmes à savoir le traumatisme psychique, le choc émotionnel et affectif, la culpabilité de victimisation d'Ebola, Ebola : trouble de l'expression corporel, Ebola : conflit imaginaire et inconscient des personnes affectées, Ebola : angoisse du danger de mort, relation stigmatisante des personnes affectées et infectées d'Ebola, déséquilibre compensatoire.

Premier thème : Traumatisme psychique d'Ebola

La plupart des personnes affectées et ou survivantes de différentes épidémies de la MVE qui ont participé à l'étude, ont été confrontées à plusieurs situations-problèmes pendant et/ou après l'épidémie qui ont débordé leurs capacités à endurer et à lier ces situations-problèmes qui se présentaient à elle. Ces situations-problèmes leurs ont produit une effraction psychique étendue qui était à l'origine de leur douleur psychique. Certaines personnes ont été confrontées par la nature

même d'une maladie mortelle et contagieuse, causant des deuils traumatiques, une maladie dont le mode traitement exige l'isolement des patients.

D'autres ont été confrontées par l'interdiction d'éviter de toucher même les personnes ressources, comportement d'évitement qui a été généralisé dans presque tous les indices d'Ebola. D'autres encore ont été confrontées par leurs conditions d'évacuation de la maison vers le Centre de Traitement Ebola et de la discipline de l'auto-confinement qu'ils se sont imposés pour protéger leurs proches contre le virus.

1) Vécu traumatique d'une maladie mortelle et contagieuse

Plusieurs personnes affectées et ou survivantes de la MVE mentionnent avoir été confrontées par la survenue inattendue d'une maladie grave et menaçante pour leur vie. Dans le CTE, il y a des personnes infectées qui étaient témoins de décès des autres patients avec qui ils partageaient la même salle, ils décrivent cette expérience d'effrayant et d'horrifiant, ils le qualifient d'un souvenir brut et sensoriel pour lequel certains pensent qu'à présent ils n'arrivent pas à se détacher.

En témoignage de cette confrontation traumatique liée à la MVE, *Tika Na Midiembika* (TNM) a raison quand elle dit : […] : «*Quand j'ai vu comment le premier malade se tordait des douleurs puis mourir la nuit sans intervention des professionnels et le deuxième mourir presque dans les mêmes conditions la nuit […], je me suis dit […] ça c'est un complot des professionnels de santé et des membres d' équipes d'Ebola pour nous tuer, moi je ne vais pas mourir ici, c'est ainsi que je m'étais évadé le jour suivant avant qu'il ne fasse très nuit »* (p...).

Par ailleurs, certaines personnes affectées sont confrontées à une peur intense du caractère contagieux de la MVE jusqu'à accuser certains signes du traumatisme comme les difficultés de sommeil, la perte d'appétit, et le sentiment de ne plus vouloir ou de ne plus pouvoir vivre.

Le vécu subjectif de *Munganga Abateli Libota* (MAL) traduit bien cette confrontation traumatique dans son expérience, il l'exprime en ces termes :

[…] «*Quand j'ai appris que l'épidémie de la MVE est entré dans ma zone de santé, j'ai eu extrêmement peur et quand j'ai appris encore le décès de l'un des malades que j'avais soigné dans mon centre de santé, je me suis dit, c'est fini pour moi, […] je suis atteint et je vais mourir, c'est ainsi que je suis allé m'enfermer dans une autre maison pour protéger ma famille et de là c'était*

un calvaire pour moi, […] je mangeais difficilement, le sommeil perturbé et je n'avais envie de rien... ». p. (....).

2) Vécu de deuil traumatique

L'une des caractéristiques de la MVE, c'est le taux élevé de létalité qui varie de 40 à 90 %, ce qui fait que pendant la flambée plusieurs familles dans la zone touchée soient éprouvées, mais tous les membres de ces familles éprouvées ne font pas normalement le deuil, parce que : premièrement, tout le monde a peur de contracter ou d'avoir déjà contracté Ebola. Deuxièmement pendant la flambée, l'organisation des funérailles est interdite pour éviter la propagation de la maladie. D'autres encore, bien qu'ayant perdu les membres de famille, développent eux aussi la même maladie. C'est pour les raisons sus-évoquées que le respect de différentes étapes de deuil pour l'accomplissement de celui-ci dans le contexte Ebola soit très difficile. Ce qui fait que le vécu de leur deuil soit traumatique pour les victimes.

Témoignant de cette confrontation de deuil traumatique liée à la MVE, *Nilimpotez M'toto Tumboni* (NMT), après avoir été engrossé en pleine scolarité, avait connu des problèmes avec ses parents, qualifié d'une enfant désobéissante et déshonorante. Après réconciliation avec ses parents, elle avait investi sur sa grossesse et avait fait beaucoup de désirs et de projets sur le fœtus, enfant en devenir. Quand elle avait appris qu'elle venait de faire un mort-né, c'était un vécu de deuil traumatique pour NMT, elle le manifeste en ces termes : […] *« la mort de mon enfant me coupe le souffle, me brise les ailes, me vide mon intelligence, que dire encore, comment annoncer à l'auteur de la grossesse […] Je n'ai pas eu le temps de voir mon enfant, de le toucher, qu'est-ce que je peux encore faire»*. P. (...).

Par ailleurs s'échapper à la mort peut conduire le rescapé et/ou survivant à un vécu de deuil traumatique comme en témoigne le cas TATA SANGO MOKONZI (TSM), qui après s'être revenu à la vie, se rappelle toujours d'une épreuve bouleversante avec des répercussions des manifestations de deuil traumatique, il les traduit avec des réactions agressives, sentiment d'avoir perdu une partie de soi, bouleversement de sa vision, ses projets sur sa paroisse : […] «*je n'arrive plus à poursuivre mes projets sur ma paroisse, […] je ne me suis pas encore remise comme j'étais avant »,p. (...), s'adressant à ses fidèles il dit : […] « imbéciles vous attendiez que […]je souffre d'Ebola pour que vous profitiez sur mon dos*» p. (...).

3) Vécu traumatique d'isolement

Pendant l'épidémie de la MVE, l'isolement est l'acte de séparation d'un individu malade atteint d'Ebola des individus en bonne santé qui ne sont pas atteints de cette maladie. L'utilisation des équipements spéciaux par les professionnels de santé est de rigueur pour la prise en charge des patients. Malheureusement, ces conditions sont coûteuses pour le personnel soignant, traumatiques pour les malades et anxiogènes pour les familles des malades et la communauté tout entière.

Les réactions de NGAY MOKO NAMIYELAKI (NMN) illustre bien ce vécu traumatique de l'isolement, quand il dit *:*

[…] « *Quand je suis arrivé à l'entrée du centre pour y accéder j'ai lu devant, il était écrit Centre d'Isolation Ebola. Du coup, […] j'ai eu extrêmement peur, je me suis dit que c'était fini, aucun membre de famille ne pourra encore me voir », […] «j'ai peur de sortir dehors pour prendre de l'air, car on a écrit morgue devant un local, ça me rappelle ma mort et là où on va me mettre après mon décès* ». P. (...).

Le vécu traumatique de l'isolement se manifeste même après la sortie et/ou la décharge des malades, donc après l'isolement comme en témoigne les réactions de NAZO MONATE EZAWAPI (NME), réactions sur demande de sa mère, quand celle-ci lui dit donnes-moi cette chose là et il répond : « *quelle chose, je ne vois rien*», P. (...), Cette chose-là, insiste sa mère et lui persiste : « *c'est où je ne vois rien*» En fait, ne pas voir après un certain ordre donné, c'est ne pas voir celui qui donne ces ordres, ici présent dans le subconscient de NME les professionnels habillés en astronautes qu'il ne veut plus voir.

4) Conduites d'évitement d'indices Ebola

Sur les trois personnes affectées qui ont recouru au mécanisme de conduite d'évitement d'indice Ebola, il n'y a qu'une seule personne non infectée qui évitait de se faire contaminer par le virus Ebola mais les deux autres étaient des personnes infectées par le virus Ebola. Pour la personne affectée, ce mécanisme répond à son principe primaire, éviter un danger ou les indices qui éveillent la mémoire de ce danger, c'est se protéger contre ce danger. Donc, éviter joue le rôle de protection. C'est comme en témoigne NANDIMI KOBOTA NANDAKO

(NKN) qui se protège contre une maladie dangereuse, elle le dit en ce terme : […] « *je refuse, je ne vais pas me rendre au centre, […] il y a Ebola là-bas, sinon je vais l'attraper* » P. (...)

Par contre, pour les personnes infectées, c'est mourir dans le CTE qu'elles évitaient, car mourir au CTE c'est mourir et être enterré en l'absence des membres de sa famille comme qui dirait NANDIMI KOKUFA KASI NA CTE TE (NKK) en ce termes : […] « *J'accepte de mourir mais pas au Centre de Traitement Ebola* » P. (...).

5) Vécu traumatique d'évacuation vers le CTE

Pendant l'épidémie des maladies graves et contagieuses, la place de toute personne malade avec des symptômes semblables à l'épidémie en cours se trouve à l'hôpital.Ceux qui se trouvent dans la communauté se voient évacuer vers l'hôpital, c'est une stratégie pour éviter la propagation de l'épidémie dans la population. Mais, les conditions dans lesquelles cette évacuation s'opère laissent souvent un impact traumatique sur les personnes affectées qui sont les membres de famille et les voisins proches. Car l'évacuation en soi se fait dans une ambulance avec klaxon, par des professionnels habillés comme des astronautes et ces conditions sont stressantes, stigmatisantes et traumatisantes comme en témoigne l'évacuation de NABOYI AKOKENDE LOKOLIA TE (NAL) [...] « *une fillette de 4 ans évacuée seule, sans membre de famille, dans une ambulance, de son village vers l'épicentre à une distance de 14 kilomètres*. » Une autre victime ayant vécu une évacuation traumatique c'est NAZO MONA TE EZAWAPI (NME) [...] « *un garçon de 4 ans, évacué seul sans membre de famille, de son village vers l'épicentre, à une distance de plus de 30 kilomètres*. »

Deuxième thème : Choc émotionnel et affectif d'Ebola

Plusieurs études associent l'épidémie de la MVE avec le choc émotionnel, également appelé le choc psychologique. Ce dernier résulte de l'expérience mortelle et contagieuse que caractérise la MVE qui submerge la faculté que possèdent les individus à faire face aux émotions qu'ils ressentent lorsqu'un événement traumatisant survient. Non prise en charge, il peut entraîner un trouble affectif voire un traumatisme psychique.

1) Sentiment d'être puni par le mauvais sort

Certains individus victimes ont considéré la MVE comme un châtiment vis-à-vis de leur faute commise, et ont de ce fait éprouvé le sentiment d'être puni ou châtié. Le propos de TATA SANGO MOKONZI rend compte de ce sentiment d'être puni quand il dit : […] « *Moi qui suis au service de Dieu, qu'est-ce que […] j'ai fait pour mériter cette maladie grave et mortelle* ». P. (...).

Le vécu subjectif de NDI MUBENGA BUMUNGANGA traduit également ce choc émotionnel qui l'a conduit à éprouver un sentiment d'avoir manqué à un principe médical, quand il dit : […] « *quand j'ai appris qu'il y a une maladie qui tuait les gens dans la communauté, […] j'ai été choqué et j'ai eu très mal en condamnant d'avoir utilisé une seringue pour plusieurs malades*». P. (...).

2) Sentiment d'abandon de lutte contre Ebola

Le sentiment d'abandon est un mécanisme quasiment présent chez les victimes pendant la flambée, il est généralement causé par le taux élevé de létalité, par la contamination et le décès des sauveurs de l'humanité sur terrain (médecin, infirmier, pasteur, guérisseur, marabout) et de certaines personnes ressources pour la personne affectée. Devant cette réalité, la personne affectée manque la confiance en soi, devient incapable de s'engager dans la lutte contre la maladie, développe la peur d'être rejetée par ses proches et même temps l'angoisse de séparation avec les proches et la peur. Du coup, la personne affectée pense que si la MVE n'a pas résisté à emporter une personne plus importante, plus informée, plus pieuse, plus hygiénique et plus forte que moi, à fortiori moi avec mes faiblesses.

Le vécu de LOBA NASALA NINI (LNN) rend bien compte de ce sentiment d'abandon de lutte contre Ebola, la maladie qui a emporté sa mère. P. (...) Comme son nom l'indique littéralement : […] « *dis-moi ce que je vais faire pour être sauvé de cette maladie* » témoigne combien prouve son abandon de lutte contre Ebola, voire le refus de s'alimenter et de prendre les médicaments.

3) Sentiment de victimité poly endeuillé

Pendant la flambée, la MVE n'est pas le seul agent stresseur, elle s'accompagne d'autres agents stresseurs anciens (comme décès des êtres chers, la précarité de la vie, les autres événements malheureux de la vie...), et aussi des agents stresseurs récents (comme la mort d'un ou des être (s) cher(s), la menace de mort, les difficultés socio-économiques, la stigmatisation...). Certains enfants orphelins manquent où habiter. Tous ces facteurs stresseurs multiples, envahissants, épouvants et abusifs présents chez une victime, durant une longue période de temps concomitamment à l'épidémie de la MVE peut compromettre chez la victime le sentiment de sécurité et le sentiment d'identité ainsi que la capacité à réguler ses émotions et s'orienter dans ses rapports avec les autres. Par la suite, après avoir vécu tous ces facteurs stresseurs, la personne affectée ressent souvent des inquiétudes intenses accompagnées d'un sentiment de victimité poly endeuillé non résolu.

Le vécu subjectif de LOBA NASALA NINI (LNN), traduit ce sentiment de victimité poly-endeuillé devant la perte de son mari, de son père et de son oncle, de ses amies et de ses voisins dans un intervalle de trois semaines, elle le dit en ces termes :
[…] «*je n'ai pas d'appétit, ni envie de prendre les médicaments pour cette maladie, […] moi qui ai perdu mon mari, mon père et mon oncle dans si peu de temps, eux aussi prenaient les médicaments* ».

Le vécu subjectif de NAMWASI YA MUNGANGA PE ABELI traduit également ce sentiment de victimité poly endeuillé non résolu, elle le traduit par la malédiction en ce termes : […] « *pourquoi seulement ma famille, pourquoi seulement moi...j'ai perdu mon mari, moi-même j'étais atteinte, j'ai perdu mon enfant (grossesse), […] que le jeune frère de mon mari que je prenais pour mon fils ainé devient mon mari ?*»

4) Sentiment ou tendance d'abandon de poste à risque

Pendant l'épidémie de la MVE, l'abandon ou tendance à abandonner le poste du travail n'est pas, des fois, étonnant chez certains personnels soignants affectés par la MVE. Vouloir échapper à la mort et/ ou sous la menace permanente d'être atteint par un virus amène rapidement à la mort, c'est le mécanisme que certains professionnels usent pour éviter un poste de travail à risque. Le vécu subjectif de NDI MUBENGA BU MUNGANGA rend compte de ce sentiment d'abandon d'un poste à risque, il le dit en ces termes : *[…] « Je vais mourir et laisser mes enfants,*

pour quel travail?, […] je gagne combien ?un travail à risque qui vous expose, sans matériel, sans prime, avec un salaire modique». P. (...).

Certaines personnes affectées professionnels de santé, ont refusé de ne plus appartenir dans des commissions qui leur exposaient directement aux malades Ebola, pour choisir des commissions qui travaillaient plus avec personnes bien portantes, c'est le cas de MAMA MUNGANGA ANALIA (MMA_1) qui, après avoir été confrontée par le décès de plusieurs malades, a, à la longue, changé de secteur d'intervention. Elle l'a dit en ces termes : […] « *Psy, J'ai quitté mon pays jusqu'ici pour venir sauver les âmes, mais quand tous les malades que je soigne doivent mourir finalement qu'est- ce que […] je suis venu faire ici en en Rd Congo ?* ». P. (...).

5) Sentiment de peur d'être désapprouvé

Lors de traitement des malades Ebola, la peur d'être désapprouvé fait partie des professionnels de santé qui veulent, coûte que coûte, guérir les malades qu'ils soignent pour se montrer compétent vis-à-vis de la hiérarchie, ceci leur éviterait les ennuis vis-à-vis des familles de malades et seront mieux cotés par la hiérarchie et les collègues. La peur d'échouer impacte considérablement les médecins et les infirmiers dans le CTE, cette peur est le plus souvent masquée par la qualification d'expert, comme le rencontre les cliniciens du CTE. Certaines personnes affectées, professionnels de santé, qui ont échangé avec le psychologue l'ont dit ouvertement que leur peur résultait du fait que la majorité des malades qu'ils soignaient mouraient, ils avaient peur d'être qualifié d'incompétents comme l'a approuvé MAMA MUNGANGA ANALIA (MMA_1) quand elle dit : […] « *Psy, J'ai quitté mon pays jusqu'ici pour venir sauver les âmes, mais quand tous les malades […] que je soigne doivent mourir finalement qu'est- ce que je suis venir faire ici en Rd Congo ?* ». P. (...).

MUNGANGA MU PIA a aussi manifesté ce sentiment de peur d'être désapprouvé quand il dit *:* […] *« je suis dérangé par la mort d'une patiente que je pense qu'on pouvait bien la sauver mais* […] *j'ai été négligeant en tant que chef, les collègues ont tripoté*». P. (...).

6) Sentiment d'inquiétude pour la survie des enfants

Pendant l'épidémie de la MVE, la majorité des parents suspectés ou confirmés en isolation s'inquiètent considérablement pour la survie de leurs enfants. La question des enfants des parents isolés au CTE pour de raison de l'examen ou de la maladie se pose avec acuité pendant la

riposte dans ce sens qu'a l'absence d'un ou de deux parents dans le foyer la survie des enfants devient intenable., De ce fait, il faut que les équipes d'interventions s'occupent de la survie de ces enfants, en l'occurrence la prise en charge psychosociale.

Par ailleurs, les inquiétudes des parents isolés sur l'avenir de leurs enfants est l'un des facteurs stresseurs chez les parents infectés qu'il faut coûte que coûte rassurer, sinon cela peut avoir des effets néfastes sur la santé mentale des parents infectés, ou cela peut occasionner l'évasion des parents du CTE.

Le vécu subjectif de BABA NISA IDIE traduit ce sentiment d'inquiétudes pour la survie de ses enfants, elle le dit en ces termes : […] « *Aidez-moi à retrouver ma santé, papa, les enfants sont restés seuls au village, mes frères et sœurs ont refusé de garder mes enfants parce […] qu'ils craignent d'être contaminés* ». […] P. (...).

Le vécu subjectif de LOBA NASALA NINI traduit également le sentiment d'inquiétude pour la survie de ses enfants, dans tous les entretiens elle ne cessait de demander : « *mon bébé continue-t-il à pleurer, mes enfants ont mangé* »

Troisième thème : Culpabilité et victimisation d'Ebola

Les personnes affectées par l'épidémie de la MVE se posent toujours des questions sur l'apparition de celle-ci. Celles de Kikwit dans la Province de Kwilu ont voulu savoir pourquoi la MVE à Kikwit, dans une savane ? Celles de Mweka dans la Province du Kasai ont voulu savoir pourquoi l'apparition de la MVE à deux reprises à Mweka successivement en 2007 et 2008 ? Celles de Boende, Bikoro et Mbandaka appartenant à l'ancienne Province de l'Equateur ont cherché à savoir pourquoi toujours la MVE dans le Grand Equateur, 5 épisodes/15 ? Celles d'Isiro et de Likati, des provinces de Haut et Bas Uélé ont voulu savoir pourquoi la MVE dans les milieux enclavés (Isiro et Likati) ? Afin celles de Beni, Komanda et Butembo des provinces du Nord-Kivu et de l'Ituri ont voulu savoir comment l'épidémie de la MVE peut apparaitre là où il y a la guerre ? Ce sentiment s'appelle la culpabilité, elle est collective ou individuelle.

1) Culpabilité de deuil non résolu

L'épidémie de la MVE est caractérisée par un taux élevé de létalité, mais toutes les familles éprouvées dans ce contexte n'organisent ni funérailles, ni enterrements communautaires pour leurs illustres disparus. Ce manque d'organisation de funérailles met souvent en conflit les

vivants et les illustres disparus. Souvent les proches vivants pensent que celui qui est parti va regretter du fait qu'on ne l'a ni lavé, ni organisé les obsèques en sa mémoire. Ce manque d'obsèques est à la base du profond sentiment de culpabilité de deuil non résolu chez les vivants.

Le vécu subjectif de NI NGAMBA TSHINYI (NNT) rend compte de cette culpabilité de deuil non résolu de sa défunte mère décédée de la MVE et enterrée le même jour en l'absence des membres de sa famille. Elle le dit en ces termes, en pleurant […] « *qui est cet être humain qui décède aujourd'hui et on l'enterre le même jour comme si elle n'a personne pour […] le pleurer et l'enterrer, même si c'est Ebola*». La plupart des femmes enceintes affectées qui ont connue les avortements pendant la flambée ont rendu compte de cette culpabilité de sentiment de deuil non résolu. Par exemple le cas de NILIMPOTEZ M'TOTO TUMBONI (NMT), qui a connu un mort-né dans le CTE.Comme son nom l'indique, elle le dit en ces termes : […] « *j'ai perdu mon enfant qui était dans mon ventre* » […] Après le curetage, NMT continuait à pleurer son enfant idéal.

2) Culpabilité et honte de victimisation de la MVE

Pendant ou après l'épidémie de la maladie à virus Ebola, on peut lire à travers les expressions des personnes affectées toute catégorie confondue le sentiment de peur sur leur environnement, le manque d'énergie dans leurs agissements, une faible participation dans les activités communautaires, le sentiment de doute dans leurs manifestations, bref les sentiments de honte et de culpabilité.

Le vécu subjectif de NILIMPOTEZ MUTOTO TUMBONI (NMT) traduit bien cette culpabilité quand elle se rend compte qu'elle n'a pas des liens épidémiologiques, elle le dit à ces termes : […] « *d'où est venu alors ce virus pour m'infecter, pourquoi alors moi, pour avoir fait quoi ?* […] »

Cette culpabilité est aussi patente chez le personnel soignant, profession dont le risque d'exposition est trop grand, comme en témoigne le vécu subjectif de MUNGANGA MUNGONZWA ANAKIMBIYA (MMA_2), qui s'est fait infecter auprès d'une malade qu'elle avait soignée sur demande de son chef hiérarchique. Elle le dit en ces termes : […] « *nous sommes plusieurs infirmiers au centre*, […] *pourquoi le chef n'a choisi que moi pour soigner un malade infecté du virus Ebola* »

3) Culpabilité et auto-stigmatisation

Le caractère mortel et contagieux de la MVE fait de cette dernière un danger de mort, c'est ainsi que les personnes infectées sont considérées elles aussi par les autres comme danger de mort, qu'il faut coûte que coûte éviter. Ces comportements d'évitements des autres sont perçus par les personnes affectées et ou survivantes comme la stigmatisation. Certaines de ces personnes intériorisent ces accusations, ces préjugés, ces sentiments négatifs jusqu'à perdre leur estime de soi, jusqu'à s'auto-accuser, à s'auto-préjuger, bref jusqu'à s'auto-stigmatiser. Par exemple TIKA NA MIDIEMBIKA (TNM), après sa guérison a déjà changé plusieurs fois d'adresse, elle le dit en ces termes : […] « *ah, d'où est venu cette maladie qui perturbe ainsi ma vie ? Où habiter ? Où se promener ?* […] *partout tu es interpellé...Ebola, franchement je ne vais plus habiter cette ville* »

4) Attitudes de minimisation de la maladie

Certaines personnes affectées et ou survivantes de la MVE, par peur, minimisent la maladie. Elles ne croient pas d'emblée à son existence, souvent c'est celles dont la maladie se trouve encore à sa phase initiale et qui se trouvent souvent dans la communauté. Mais, c'est rare de voir les malades à un stade avancé recourir à ce mécanisme de minimisation. Quelques malades par contre, bien que se trouvant dans le stade avancé de la maladie, minimisent la MVE avec toutes les conséquences possibles. Par exemple HAPANA UGUMU KWENYEBOLA (HUK) qui répondait toujours : *« ça va bien, ça va très bien » (p.),* a des questions de savoir comment ça va ? Comment vous avez passé la nuit ?

Quatrième thème : Ebola et trouble de l'expression corporelle

Pendant la flambée de l'épidémie de la MVE, les personnes affectées et ou survivantes sont confrontées à un afflux des facteurs stresseurs et traumatisants (décès, maladie, menaces de contamination, précarité). Devant ces facteurs pesants, la majorité des personnes manquent les mots pour les dire, elles réagissent plus par des émotions graves qui, du reste, laissent des empreintes sur leurs corps, notamment les pleurs sans cesse, suite à un cumul de stress en étage, qui peuvent se solder soit par une inhibition de la souffrance psychique soit par les tendances des comportements suicidaires voire le suicide. L'intégration de ce système d'expression corporelle se fait au niveau sous-cortical, il peut échapper à la conscience et au contrôle de

l'individu. Un événement comme l'épidémie de la MVE qui suscite tellement de réaction émotionnelle peut échapper à la mémoire consciente, explicite ou narrative, mais rester présent sous forme de mémoire émotionnelle.

1) Comportement des larmes

Pendant la flambée, le comportement des larmes est l'une des conduites manifestes chez les personnes victimes de la MVE. Il y a bien à la base de ce comportement une réaction biologique : le fonctionnement des glandes lacrymales dans la douleur. Mais, ici, dans le contexte de la MVE, son extension aux émotions est un fait culturel et la conduite des larmes un mode de communication sociale, comme en témoigne le vécu subjectif de TIKA NA MIDIEMBIKA qui pleurait le jour au jour pour avoir été abandonné par son église, par sa communauté.

Si dans la prime enfance, le comportement des larmes et les cris font partie des signaux de détresse, mais pendant la flambée de la MVE chez les enfants affectés, il vient signifier la souffrance morale, en particulier la séparation avec les parents, le sentiment d'abandon, la peur comme en témoigne le vécu subjectif de NABOYI AKOKENDE LOKOLIATE (NAL) au CTE qui pleurait le jour au jour au CTE.

2) Cumul de stress en étage

Pendant la flambée de la MVE, le cumul de stress en étage (CSE) chez les personnes affectées, résulte de l'accumulation de plusieurs niveaux de stress qui se manifestent en chaine selon le statut épidémiologique de la victime. Il est ascendant si le cumul de stress en étage va du statut épidémiologique le moins stressant vers le plus stressant, c'est le plus dangereux de CSE, car l'état d'alerte et de tension du début augmente au fur et à mesure que le statut épidémiologique de la victime change de moins stressant au plus stressant comme en témoigne le vécu subjectif de NANDIMI KOKUFA KASI NA CTE TE (NKK), […] qui est parti du statut de garde malade, puis du contact, ensuite du suspect […] enfin du cas confirmé, c'est à ce dernier statut qu'elle a rendu l'âme. P. ()

Le CSE est par contre descendant si le cumul de stress en étage va du statut épidémiologique le plus stressant vers le moins stressant, c'est le moins dangereux. Le vécu subjectif de MUNGANGA MUGONZAWA ANAKINDIYA (MMA_2) rend compte de ce CSE,

partant de son statut de cas confirmé, elle a été déclarée guérie convalescente, puis sortante, ensuite survivante, enfin garde malade. P. ()

3) Tendances aux comportements suicidaires

Les personnes ayant été exposées par un cumul de stress en étage ascendant ont présenté un risque accru de suicide ou de tentative de suicide comme en témoigne le vécu subjectif de NANDIMI KOKUFA KASI NA CTE TE (NKK), […] qui après avoir gardé son enfant cas confirmé au CTE, et après avoir assisté impuissamment à son enterrement sécurisé sans cercueil, puis après avoir commencé à présenter les signes […], ensuite elle refuse de rencontrer les professionnels de santé, aussi elle refuse de se rendre au CTE pour les soins, enfin elle : […] « *j'accepte de mourir mais pas dans le CTE*» P. (). Il en est de même chez les personnes exposées à l'extrême stigmatisation, elles aussi ont présenté un risque accru de tentatives de suicide voire de suicide. C'est le cas de TIKA NA MIDIEMBIKA (TNM), qui après avoir subi une forte stigmatisation, dit aux membres de sa famille : « *laissez-moi me suicider* », et elle a failli passer à l'action, ont confirmé les membres de famille. P. ().

4) Inhibition de la souffrance psychique

Devant une multitude des facteurs stressant et traumatisant de la MVE, certaines personnes affectées et ou survivantes ont affirmé n'avoir pas eu envie de réagir mais plutôt de contempler les situations, pas même envie de manger ni de prendre les médicaments, comme en témoigne le vécu subjectif de LOBA NASALA NINI (LNN). Elle le dit en ces termes : […] *« je n'ai envie de rien, ni de manger, ni de prendre les médicaments devant une maladie qui a emporté mon mari, mon père et mon oncle* ». […] P. ().

D'autres personnes affectées par contre inhibées, ont fait carrément le repli sur soi, développant une timidité maladive. Ces symptômes révèlent une souffrance psychique liée à la MVE, comme en témoigne le vécu subjectif de NALINGI KOZONGA MBOKA (NKM) qui tout au long des entretiens avec le psychologue était toujours inhibé, ne parlait pas trop, répondait juste aux questions, pas plus. La seule parole qu'il pouvait prononcer, c'était de dire :
[…] « *je veux rentrer dans mon village* ». […] P. ().

Cinquième thème : Conflit imaginaire et inconscient lié à la MVE

L'épidémie de la MVE apparait comme un événement potentiellement traumatique qui éveille chez les sujets affectés des conflits psychiques envisagés en référence aux fantasmes inconscients. Certains ont développé le sentiment d'être en dehors de leur corps et/ou de leur environnement, d'autres ont cru être sanctionnés et abandonnés par un être suprême et d'autres encore ont réalisé des rêves traumatiques liés à la MVE et/ou à la mort.

1) Sentiment d'être en dehors du corps et/ ou de l'environnement

Devant un intense trauma et en répétition, dû à la MVE, certaines personnes affectées se sentaient comme si leur corps ne leur appartenait plus, elles se sentaient comme observatrices de ce qui leur arrivait, comme en témoigne le vécu subjectif NAMWASI YA MUNGANGA PE ABELI (NYP), qui après avoir perdu son mari, laissé ses enfants seuls, être secouée par la MVE et avoir connu un avortement spontané au CTE, l'a dit en ce termes *:* « *je sens comme si ce corps ne m'appartient plus...*». P. (). D'autres personnes affectées encore se sentaient comme n'habitant plus leur maison, le CTE ou leur village, une sensation de détachement dans leur milieu de vie, un sentiment d'ascension.

Le vécu subjectif de TATA SANGO MOKONZI (TSM) illustre bien ce sentiment de détachement, quand il déclare *:* […] «*j'ai vécu ma maladie comme un phénomène mystico-religieux, j'étais mort, puis mis dans le sac mortuaire la nuit ensuite je m'étais ressuscité entre 4 heures et 5 heures du matin quand j'ai me suis senti froid* […]. *Pendant ma mort, je m'étais retrouvé dans un monde du jamais vu, où il y avait beaucoup de gens habillés en blanc, entrain de chanter et de danser* […]. *Cherchant à les rejoindre à travers un tunnel, je m'étais vu interdit de passer la barrière d'accès par la garde qui y était commise, parce que, selon cette dernière, je n'étais pas encore digne d'y accéder. En se regardant*, […] *j'avais soudainement repris connaissance et je m'étais retrouvé nu dans le sac mortuaire* ».

2) Sentiment d'être puni et abandonné par Dieu

Plusieurs personnes affectées confrontées par les effets de la MVE ont imaginairement pensé à la sentence de Dieu.Cette tendance a poussé certaines victimes à s'infliger des souffrances et à chercher des situations douloureuses, dans le but de neutraliser un sentiment de culpabilité inconscient comme en témoigne le vécu subjectif de NALINGI KOZONGA

MBOKA (NKM), qui suite à l'annonce de la prophétie qui disait : « *.....s'il reste à l'hôpital, il ne va pas passer le mardi, il va mourir* », il est resté fixé à cette sentence de la prophétie jusqu'à se priver la parole, à ne pas lutter un seul instant pour sa guérison, la seule parole qu'il pouvait prononcer, c'était de dire : « *je veux rentrer dans mon village* ». P. ().

Le sentiment d'angoisse, de l'abandon chez certaines personnes affectées est la conséquence de la peur d'être abandonné par l'Eternel Dieu Tout Puissant, comme en témoigne le vécu subjectif de TATA SANGO MOKONZI (TSM), qui s'est fait infecté d'une maladie contagieuse et mortelle après avoir fait le travail de Dieu, prier et imposer les mains sur le malade pour le guérir, une mission divine. Il le dit en ce termes : « ...S*eigneur, pourquoi m'abandonnes-tu* ?». P. ().

3) Mécanismes de défense psychologique des victimes

Devant une maladie grave, mortelle et contagieuse qui suscite un taux d'angoisse de mort très élevé, plusieurs personnes affectées rapportent avoir mobilisé des opérations qu'ils maîtrisaient mal, mécanismes que nous pensons inconscients que l'on nomme « mécanismes de défense du moi ».

Par exemple, NALINGI KOZONGA MBOKA (NKM) […] ne pouvant donner sens acceptable à sa maladie car, une connotation spiritualiste et prophétique y était associée, […] il s'effondre et devient obnubilé (sidération) mais aussi triste, sans énergie et s'enferme dans un état apathique (retrait apathique). Par exemple, Madame NKN n'y échappe pas. En effet c'est devant cette réalité pénible des hôpitaux perçus comme lieu de contamination et mouroir que NKN évite de continuer à se rendre dans le centre de santé pour les consultations prénatales habituelles (évitement). Par exemple, **MMA2** prenait les médicaments en toute discrétion, faisant semblant que c'est une autre maladie et pas Ebola (déni).

Sixième thème : Virus d'Ebola : angoisse du danger de mort

Le virus Ebola est perçu par toutes les personnes affectées et survivantes comme un danger de mort, devant lequel c'est la sensation d'angoisse qui est manifeste sous forme d'un sentiment d'insécurité.

1) Taux élevé d'angoisse de mort imminente

La majorité des personnes exposées à l'épidémie de la MVE développent une peur intense face à ce virus qui conduit souvent à un comportement d'évitement. L'angoisse de mort lié à la MVE désigne le vécu d'angoisse qui se rapporte au fantasme d'annihilation. Il s'agit d'une peur irraisonnée de la mort en général, puis de sa propre mort comme en témoigne le vécu subjectif de NGAI MOKO NAMIYELAKI (NMN) qui a eu extrêmement peur de la mort à une simple lecture du concept morgue. Il le dit en ces termes […] : « *...quand j'ai lu morgue sur un boxe devant moi, j'ai eu extrêmement peur, je me suis dit, je vais finir à la morgue* » […]. P. ( ).

Certaines personnes affectées, c'est plutôt l'angoisse de mort de leurs proches (famille, malades, fœtus), comme en témoigne le vécu subjectif de NGAI NABUNGISI ZEMI (NNZ), pour qui la peur extrême était de perdre sa grossesse et qui a fini à la perdre. Elle l'exprime en ces termes : « *...où est partie ma grossesse* ». P. ( ). Après avoir perdu la grossesse, ZNE se culpabilise fortement d'être responsable de l'avortement d'une grossesse qui appartient à elle, à son mari et à tous les membres des familles restreinte et élargie, surtout sa belle-famille et en plus certaines choses de layette avaient déjà été achetées.

2) Angoisse de séparation avec ses proches

Plusieurs personnes affectées par l'épidémie de la MVE rapportent avoir une angoisse de séparation. Les adultes et les enfants suspectés ou déclarés positifs au virus Ebola ont peur d'être séparé des personnes dont elles sont le plus proches. Elles craignent constamment de la perdre comme en témoigne le père de NABOYI AKOKENDE LOKOLIA TE (NAL), il l'a exprimé en ces termes : […] « *je refuse, mon enfant ne partira pas à Lokolia l'épicentre de la MVE*» […]. P. ( ).

D'autres personnes étaient réticentes à s'éloigner de leurs proches, elles refusaient de dormir loin d'eux comme en témoigne le vécu subjectif de NI NGAMBA TSHINYI (NNT), qui ne voulait pas se séparer de son enfant cas suspect, elle le dit en ces termes :
[…] « *je refuse que mon enfant soit amené là ou ma mère est décédée* » […] P. ( ).

3) Angoisse d'être abandonné par ses proches

Pour les personnes infectées, le virus Ebola est perçu comme un danger pour leur santé et pour la santé de leurs proches et de toutes les autres personnes. La prise de conscience de

cet état de danger induit chez les infectés une peur d'être abandonné par les proches et autres. Le sentiment de peur d'être abandonné chez les personnes infectées rend la vie quotidienne au CTE très difficile, il est souvent à la base des problèmes psychologiques comme le repli sur soi, l'agressivité, l'anxiété, l'évasion...Ce sentiment d'abandon ruine les relations amoureuses, amicales, familiales et professionnelles des victimes.

Le vécu subjectif de TIKA NA MIDIEMBIKA (TNM) illustre cette angoisse quand elle dit : […] « *quand je me suis rendu compte que personne ne me donnait à manger, que je manquais même de l'eau pour me laver*, […] *que je ne recevais pas les soins appropriés, que les relations avec le personnel soignant étaient devenues tendues, je me suis dit je ne vais pas mourir ici et je me suis évadé* » […] P. ( ).

Le sentiment d'être rejeté, abandonné empoisonne l'estime de soi, détruit le sens humain avec toutes conséquences possibles comme en témoigne le vécu subjectif de MUNGANGA MUGONZAWA ANAKINDIYA (MMA_2) qui après s'être rendu compte de son abandon, elle l'exprime : […] «*...personne de mes collègues de service ne passe me rendre service, ni le médecin responsable du centre où* […] *je travaille et là ou je me suis fait infecter, alors c'est monde, c'est que ils voulaient ma mort, alors ce monde* » […]. P. ( ). Les jours qui ont suivi ces ruminations MMA_2 a commencé à délirer, elle est entrée dans le coma, elle s'est mise à délirer et s'est évadée.

Septième thème : Ebola : interaction stigmatisante des personnes affectées

Pendant et après l'épidémie de la MVE, les réactions des personnes affectées à la maladie varient des comportements d'évitement et du déni de la maladie voire à l'hostilité et à la violence ouverte. De crainte de se voir rejeté et isolé socialement, bref stigmatisé, les gens refusent de croire à la MVE comme maladie réelle plutôt que la sorcellerie. Ceux qui sont suspectés sont parfois mis à l'index et leurs familles et se verront stigmatisés. Cette stigmatisation entrave les efforts de la riposte et aggrave l'impact de l'épidémie.

1) Stigmatisation communautaire

Plusieurs personnes affectées et survivantes et leurs familles rapportent avoir été stigmatisées. Le stigmate est souvent lié aux attitudes des gens soit-disant valides par rapport aux malades suspectés, aux survivants, aux professionnels de santé et leurs familles voire aux habitants des villages concernés.

Le vécu subjectif de TATA SANGO MOKONZI (TSM) rend compte de cette stigmatisation communautaire.Il en parle en ces termes : […] « *le dimanche qui a suivi la date de ma sortie du CTE comme survivant, les confrères m'ont invité, de concélébrer la messe, au moment de l'eucharistie*, […] *j'ai pris la ciboire pour commencer à distribuer l'hostie, quelle surprise, je constate que tous les fidèles ne voulaient pas venir prendre l'hostie entre mes main, ils allaient que chez les autres prêtres, je suis resté avec ma ciboire pleine d'hostie* » […]. P. ( ).

La stigmatisation, qui entoure en particulier les personnes affectées et les survivants de la MVE a parfois des conséquences suicidaires comme en témoigne le vécu subjectif de TIKA NA MIDIEMBIKA (TNM). Elle le dit en ces termes : […] «*...quand je m'étais évadée, là où j'étais cachée, je suivais comment plusieurs postes de radio me décrivaient, m'insultaient, demandant à tout celui qui va me trouver d'alerter la police, quand j'ai entendu cela* […] *j'ai pris une corde pour aller me pendre*». P. ( ).

Huitième thème : Victimisation à la MVE et décompensation psychologique

La décompensation psychologique survient le plus souvent dans l'après-coup, une fois le danger principal est écarté. Dans le cas de la MVE, nombreuses sont des personnes affectées et survivantes qui se sont retrouvées en situation de stress et traumatisme intenses face à la maladie, à la peur de mourir ou de perdre ses proches et face à l'isolement.

1) Vécu decompensatoire psychopathologique

Face à des stress majeurs liés à l'épidémie de la MVE, certaines personnes affectées et survivantes ont perdu momentanément le contact avec la réalité comme en témoigne le vécu subjectif de WAPI YANGAI MOLONGANI (WYM), qui en étant au CTE a présenté les délires et hallucinations. Elle les présente en ces termes : […] « *...où est mon mari ?, je le vois accompagner des femmes, pourquoi vous me gardez ici, qu'est-ce que* […] *je fais ici, vous me gardez pour permettre à mon mari d'aller prendre d'autres femmes...* ». P. ().

Certaines personnes affectées et survivantes par contre croient être ou avoir été manipulées, exposées volontairement à la contamination, espionnées. Elles ont plus présenté la méfiance et l'hyper-vigilance dans leur relation des soins avec le personnel soignant et ont développé l'attitude défensive face à des critiques, comme en témoigne le vécu subjectif de MUNGANGA MUGONZAWA ANAKINDIYA (MMA_2), elle le manifeste à ces termes : […] *«...comment le médecin directeur savait que cette malade était un cas suspect à la MVE et il n'a choisi que moi pour sa prise en charge, c'était pour me tuer,...* […] *je suspecte les infirmiers André et Jeanne c'est comme si c'est le médecin directeur qui les envoie ici pour m'achever »* […]. *P. ().*

2) Vécu constant d'une grande souffrance

La durée moyenne de la riposte de la MVE en Rd Congo est de trois mois consécutifs. L'épidémie la plus courte a duré 42 jours soit 1 mois et 12 jours et la plus longue a duré 24 mois soit 2 ans. Ce qui vaut que la moyenne de temps de souffrance pour les victimes dans une épidémie donnée est de trois mois. Cette souffrance peut perdurer au-delà de trois mois après la fin de l'épidémie.

Plusieurs personnes affectées et survivantes ont rapporté une expérience constante d'une grande souffrance pendant et après l'épidémie de la MVE. Certaines personnes, leur souffrance ont perduré durant toute la période de l'épidémie, comme en témoigne le vécu subjectif de TATA SANGO MOKONZI (TSM) qui, après sa sortie du CTE, cherchant à s'intégrer dans la communauté à travers sa profession en concélébrant la messe, il s'est stigmatisé davantage quand les fidèles ont refusé de manger l'eucaristie entre ses mains, il le dit en ces termes : […] « *...oh Seigneur cette maladie ne va pas me quitter* » […]. P. ().

Le vécu subjectif de NA MWASI YA MUNGANGA PE ABELI (NYM) également rend compte de ce vécu constant d'une grande souffrance, qui a commencé avec la disparition de son mari, puis s'est enchainé avec sa propre maladie à virus Ebola, ensuite a poursuivi avec l'avortement spontané de sa grossesse, suivi de la stigmatisation après la sortie du CTE et enfin a continué avec le forcing de sa belle-famille lui imposant de prendre en mariage le jeune frère de son feu mari moins âgé qu'elle. Elle exprime ça en ces termes […]: *« ...seigneur qu'est-ce que j'ai fait pour mériter cette souffrance qui ne se termine pas »* […] P. ( ).

Résumé du chapitre

Dans ce chapitre, nous avons présenté d'abord des résultats issus de données qualitatives des personnes affectées et des survivants au cas par cas et, ensuite, nous avons présenté les grands et sous-thèmes issus des vécus subjectifs de toutes ces personnes. Ces thèmes et sous-thèmes représentent les problèmes de santé mentale et le vécu subjectif des personnes touchées par la MVE étudiées. Les résultats révèlent huit grands problèmes de santé mentale. Primo, les personnes affectées vivent l'épidémie de la MVE comme un évènement traumatisant leur psychisme. Secundo, elles vivent les effets de la MVE sous un choc émotionnel et affectif intense. Tertio, certaines se culpabilisent fortement d'être touchées par cette maladie d'exclusion sociale, honteuse et mortelle. Quarto, la majorité rapportent une expression corporelle perturbée. Quinto, d'autres mènent une vie mentale imaginaire et conflictuelle avec parfois des manifestations inconscientes de façon permanente dans tous les petits actes et faits quotidiens, même ceux qui semblent les plus insignifiants. Sexto, toutes les personnes affectées et survivantes vivent une angoisse de mort très élevée. Septimo, elles vivent une relation communautaire stigmatisante et douloureuse. Octavo, certaines finissent avec une décompensation psychologique (break down).

CHAPITRE VI : DISCUSSION DES RESULTATS

« Renoncer, ce n'est pas décidé de nier l'action. Renoncer, c'est décidé de ne plus avoir besoin d'un résultat particulier. La différence est vaste. »

(Neale Donald Walsch).

Rappel de la question de recherche initiale

L'objectif principal de cette thèse est de contribuer à une évaluation des conséquences de l'épidémie de la MVE sur la santé mentale des communautés affectées.

Spécifiquement, nous avons évalué les effets de l'épidémie de la MVE et de la stigmatisation qui en résultent sur la santé mentale des populations adultes, enfants, et adolescentes affectées. Puis, nous avons évalué les effets des stratégies de coping des personnes affectées sur les problèmes de santé mentale provoqués par l'épidémie de la MVE. Ensuite, nous avons décrit l'expérience subjective vécue par les personnes affectées et les survivants de l'épidémie de la MVE. Enfin, nous avons décrit les moyens et facteurs de protection à la base de résilience chez les personnes affectées et survivantes de l'épidémie de la MVE. Pour ce faire, nous avons recouru à une étude mixte : quantitative et qualitative.

Pour l'étude quantitative, nous avons utilisé un questionnaire pour les mesures sociodémographiques (variables de contrôle), des échelles pour des aspects liés à la MVE (variables indépendantes) et des échelles pour mesurer quelques variables de la santé mentale (variables dépendantes).

Pour l'étude qualitative nous avons utilisé la méthode phénoménologique telle qu'élaborée par Giorgi (1997, 2006, 2009, 2010, 2012, Giorgi et Giorgi, 2008). Ceci nous a permis d'identifier les différents grands thèmes décrivant l'expérience subjective des personnes touchées.

C'est ainsi que dans le présent chapitre, nous verrons de quelle façon les statistiques descriptives, les résultats des analyses de variance et les résultats des régressions linéaires issus de l'analyse des données quantitatives ainsi que les thèmes et sous-thèmes induits des vécus subjectifs des personnes touchées, font partie ou non du corpus des connaissances actuelles en santé mentale.

Discussion des résultats quantitatifs

Nous avons confronté le pourcentage, la variance ainsi que la régression linéaire multiple des prévalences des problèmes de santé mentale dépistés (la détresse péri-traumatique et

la détresse psychologique), avec les écrits scientifiques disponibles pour mettre en relief ce qui est déjà connu et que la présente étude vient appuyer quantitativement ainsi que ce qui émerge comme connaissance nouvelle à étoffer par de futures recherches.

1. La Détresse péri-traumatique (DPT) chez les adultes affectées et survivants

Les résultats relatifs à la Détresse péri-traumatique dans la population des adultes affectés ont d'abord montré que la DPT varie significativement en fonction de : niveau d'études, du statut matrimonial, du lieu de résidence (ville et village) et selon qu'on exerce ou non une activité professionnelle. Puis, les résultats ont montré que la DPT est prononcée chez les sujets ayant autres niveaux d'études qu'universitaire. Les résultats ont ensuite montré que la DPT est observée plus chez veufs (ve) s et les divorcés que chez les célibataires. Les résultats ont enfin montré que la DPT s'observe plus chez les sujets ayant un travail que chez ceux qui n'en ont pas et plus chez ceux qui habitent le village que chez ceux qui habitent la ville. A notre connaissance, aucune étude à ce jour n'a abordé la détresse péri-traumatique des personnes affectées en ce qui concerne la MVE. Dans la littérature générale, les études ont montré que la DPT, qui reflète certaines des perturbations neurologiques à l'origine de la constitution du souvenir traumatique, permettait de prédire avec grande fiabilité la survenue ultérieure d'un syndrome psychotraumatique, (Jehel et al., 2005 ; Briollon, 2007 ; Salmona, 2012 ; Louville et Salmona, 2013).

Par rapport aux aspects psychosociaux de la MVE associés à la DPT, l'étude a également montré que l'exposition à la MVE, la stigmatisation liée à la MVE et le coping religieux positif affectent de manière significative et positive la détresse péri-traumatique chez les adultes affectés par la MVE. Bien que les études antérieures aient abordé les questions de stigmatisation (Sow et al., 2016 ; Vernables, 2017), elles ne l'ont pas conduites avec des mesures spécifiques de manière à l'évaluer par rapport à un quelconque problème de santé mentale.

En définitive, les résultats relatifs à la DPT ont montré que plus le degré d'exposition à la MVE est élevé, plus les adultes affectés vivent une importante détresse péri-traumatique, ensuite plus les adultes affectés sont stigmatisées, plus ils développent de la détresse péri-traumatique et enfin, plus les adultes affectés recourent au coping religieux positif, plus ils ont des chances de plonger dans la détresse péri-traumatique.

2. Santé mentale (Détresse psychologique) chez la population adulte

Les résultats relatifs aux problèmes de santé mentale générale chez les adultes affectés ont d'abord montré que leur détresse psychologique liée à la MVE, varie significativement selon leur niveau d'études, leur état matrimonial, leur milieu d'habitation et leur occupation professionnelle. Par rapport à la moyenne générale du niveau d'études, les résultats ont montré que les personnes affectées du niveau d'études primaires et ceux du niveau d'études secondaires présentent un état de santé mentale moins bon que les autres.

Puis, les résultats ont montré que l'état de santé mentale générale des personnes affectées vivant en couple, veuves et divorcées est moins bon par rapport aux autres victimes. Cela est aussi le cas pour les personnes affectées qui ont un travail et ceux qui habitent le village.

Les résultats ont ensuite montré que chez les adultes affectés et survivants de la MVE, la stigmatisation résultant affecte significativement l'état de santé mentale générale, c'est-à-dire, conduit à la détresse psychologique.

Les résultats ont également montré que le coping religieux positif augmente les probabilités des adultes affectés et survivants de développer la détresse psychologique, par contre, l'exposition à la MVE ainsi que le recours aux différentes formes de soutien social n'affectent pas significativement l'état de santé mentale générale. Quelques auteurs ont signalé en passant l'influence de la MVE sur la santé mentale de ses victimes (Kamara et al., 2017 ; OMS, 2014), mais, à notre connaissance aucune recherche n'a évalué la santé mentale générale de la communauté victime de la MVE avec des mesures appropriées.

3. La détresse péri-traumatique (DPT) chez les enfants et adolescents affectés

Les résultats relatifs aux psycho-traumatismes liés à la MVE ont montré que la DPT est d'environ 50% dans la population des enfants et adolescents affectés et survivants. Puis, les résultats ont montré aussi que la DPT chez les enfants et adolescents varie significativement en fonction du milieu de vie (ville ou village), du niveau d'études, de la scolarisation des parents, du statut matrimonial et vital des parents, et selon que les parents exercent ou non une activité professionnelle.

Une forte prévalence de la DPT est observée chez les enfants et adolescents vivant au village qu'en ville et chez ceux dont les parents ne travaillent pas, puis chez ceux qui ont un

niveau d'études primaires, ensuite chez ceux qui ont les parents de niveau d'études primaires et chez ceux qui ont des parents mariés ainsi que chez ceux dont les parents sont morts.

Après analyse de certains aspects psychosociaux liés à la MVE affectant la DPT chez les enfants et adolescents affectés, les résultats ont montré que le degré d'exposition à la MVE, la stigmatisation qui en résulte, les formes de soutien social reçu et les stratégies de coping religieux ont un pouvoir prédictif significatif de la DPT chez les enfants et adolescents affectés et survivants. Les résultats ont ainsi indiqué que l'exposition à un degré élevé à la MVE affecte de manière significative et négative la détresse péri-traumatique chez les enfants et adolescents affectés et survivants de la MVE. Ceci signifie que malgré le degré élevé d'exposition à la MVE, les enfants et adolescents ont moins des chances de développer la détresse péri-traumatique.

Les résultats ont ensuite indiqué que la stigmatisation liée à la MVE affecte positivement la DPT chez les enfants et adolescents. Ceci signifie que plus les enfants et adolescents affectés et survivants de la MVE sont stigmatisés, plus ils développent de la détresse péri-traumatique. Les résultats ont aussi indiqué que le soutien reçu de la famille affecte négativement la DPT chez les enfants et adolescents. C'est-à-dire que pendant l'épidémie de la MVE, les enfants et adolescents affectés et survivants qui reçoivent le soutien social de la famille sont moins susceptibles de développer la détresse péri-traumatique.

Les résultats ont enfin indiqué que le coping religieux positif affecte positivement la détresse péri-traumatique. Pendant l'épidémie, les enfants et adolescents affectés qui exploitent le coping religieux positif sont plus susceptibles de développer la détresse péri-traumatique. Les auteurs qui ont parlé de détresse péri-traumatique auprès des enfants, l'ont parlé de façon générale (Josse, 2011). Vercruysse (2021) venait d'en parler chez les enfants victimes de la Covid-19. A notre connaissance, aucune étude n'a abordé la question de détresse péri-traumatique auprès des enfants touchés par de l'épidémie de la MVE.

4. Détresse psychologique (K10) chez les victimes enfants et adolescents

L'étude a révélé que sept mois après l'épidémie de la MVE, les enfants et adolescents touchés et survivants ont développé la Détresse psychologique (DP), et que la prévalence de cette DP varie selon les tranches d'âge des enfants, leur milieu de vie, leur résidence, la situation matrimoniale et vitale des parents, le niveau de scolarité des parents et selon que les parents travaillent ou non.

Les résultats de l'analyse de la variance de la DP chez les enfants et adolescents, selon certaines variables sociodémographiques, ont indiqué que la DP a une forte prévalence chez les adolescents (16-18 ans) que les enfants, chez les sujets vivants en ville, chez ceux dont les parents ne travaillent pas, chez ceux qui ont un niveau d'études secondaires, chez ceux qui ont les parents de niveau d'études primaires, chez ceux qui ont des parents divorcés, ceux dont les parents sont morts ainsi que ceux qui habitent chez d'autres personnes.

Les résultats de la régression de la DP chez les enfants et adolescents sur certains facteurs psychosociaux associés à la MVE, ont indiqué que l'exposition à la MVE affecte positivement la détresse psychologique chez les enfants. Puis, les résultats ont indiqué aussi que les enfants et adolescents exposés à la MVE à un degré élevé sont donc plus susceptibles de développer la détresse psychologique.

Les résultats ont ensuite indiqué que la stigmatisation liée à la MVE influence significativement et positivement la détresse psychologique. Les résultats ont également indiqué que les enfants et adolescents affectés et survivants de la MVE qui sont stigmatisés ont des chances élevées de plonger dans la détresse psychologique.

Les résultats ont enfin indiqué que les différentes formes de soutien social et le coping religieux positif n'affectent pas significativement la détresse psychologique chez les enfants et adolescents ().

Discussions des résultats qualitatives

Nous allons également confronter les thèmes et sous-thèmes issus de données qualitatives avec les écrits scientifiques disponibles pour mettre en relief ce qui est déjà connu et que la présente étude vient appuyer qualitativement ainsi que ce qui émerge comme connaissance nouvelle à étoffer par de futures recherches.

Grands thèmes et sous-thèmes

Le présent volet de l'étude permet de mettre en relief huit grands thèmes et trente-deux sous-thèmes à propos du vécu subjectif des personnes affectées et survivantes de la MVE. Tel que mentionné précédemment, les huit grands thèmes sont ceux du traumatisme psychique d'Ebola, du choc émotionnel et affectif d'Ebola, de la culpabilité et victimisation d'Ebola, d'Ebola et trouble de l'expression corporelle, d'Ebola : conflit imaginaire et inconscient, d'Ebola : angoisse

du danger de mort, d'Ebola et relation stigmatisante : victimisation et déséquilibre compensatoire. Chacun de ces thèmes a des sous-thèmes.

Comparaison des résultats avec les écrits scientifiques

Le traumatisme psychique d'Ebola

Le premier grand thème induit des vécus subjectifs des personnes affectées et des survivants de la MVE est le traumatisme psychique d'Ebola avec cinq sous-thèmes dont vécu traumatique d'une maladie mortelle et contagieuse, vécu de deuil traumatique, vécu traumatique d'isolement, conduites d'évitement d'indices Ebola ainsi que le vécu traumatique d'évacuation vers le CTE.

Certaines personnes infectées ont affirmé ne pas avoir des ressources pour faire face à la MVE alors que d'autres simplement affectées affirment également ne pas toujours avoir des ressources pour faire face à certains facteurs associés à la MVE comme le décès des proches, la stigmatisation, les mesures barrières, etc.

Des nombreux auteurs et cliniciens, ainsi que des personnes affectées de la MVE, ont exprimé que le vécu de l'épidémie de la MVE est psychotraumatique (Balayulu, 2017, Cenat et al, 2019, Josse, 2015). Pour certaines personnes affectées, le vécu psychotraumatique à la MVE est souvent dû à son caractère contagieux et mortel, comme le démontrent certaines études (Attal, 2015 ; Douare, 2015 ; Ballo, 2015 ; Batcho, 2015). Selon certains auteurs et cliniciens ainsi que les personnes affectées par la MVE, la mort inopinée des proches de ces dernières est vécue comme un deuil traumatique (Gasquet, 2012**)**. Ils affirment que les personnes infectées rapportent que le vécu d'isolement dans le CTE est traumatique. C'est pour cette raison que certaines personnes suspectées dans la communauté refusent de s'y rendre (Keita et al., 2017 ; Descalaux & Anoko, 2017).

Les auteurs, les cliniciens et les personnes affectées font remarquer que devant le trauma lié à la MVE et ses effets collatéraux, les comportements d'évitement contre la MVE et ses indices sont développés (Bouchaud, 2015).

Pendant l'épidémie de la MVE, « éviter » sert à quelque chose : c'est la fuite qui protège contre la contamination, la mort, la stigmatisation avec le sentiment de vulnérabilité. Par contre, ce qui est important de mentionner auprès des personnes touchées, c'est que ce mécanisme ayant un objectif sain à l'origine, devient exagéré par la suite et c'est par le processus de

généralisation (on évite tout : pour aller à l'hôpital, pour se dévoiler comme présentant les symptômes, même pour les membres de familles malades). Ils sont à la base des relations d'incommunication avec les familles de personnes affectées et les communautés et favorisent ainsi des contaminations dans la communauté.

Les personnes infectées, celles qui ont été transférées au CTE ont noté par ailleurs que les conditions dans lesquelles elles ont été évacuées pour le CTE étaient vécues comme traumatiques. Cet aspect du vécu subjectif traumatique aux prises avec les symptômes semblables comme ceux de la MVE semble faire sens dans la mesure où les personnels de santé qui les évacuent de la communauté vers le CTE sont habillés en combinaison, tout le corps couvert et cela suscite la curiosité de tous les voisins et la personne infectée est transportée seul dans l'ambulance qui va émettre les bruits de sirènes tout au long de son parcours.

Ces derniers peuvent logiquement provoquer un trauma chez les personnes affectées, tels que le soutiennent certaines études. L'évacuation des malades suspects de la MVE de la communauté vers le CTE est à la base de beaucoup des controverses entre les acteurs de la riposte dans ce sens que cette activité crée des frustrations, des peurs et des paniques chez les personnes suspectes à évacuer et dans la communauté. Or, en croire l'OMS (2014), les personnels de santé sont exposés au risque d'infection lorsqu'ils prodiguent des soins s'ils ne portent pas un équipement de protection individuelle (EPI). D'où, les professionnels évacuateurs des malades suspects sont contraints de mettre l'EPI pour leur sécurité.

Cependant, une seule étude pratique de l'OMS semble avancer les raisons de port de l'EPI pour les personnels évacuateurs, mais aucune autre étude à notre connaissance n'a examiné cette question d'évacuation des malades suspects vers le CTE. Car, pendant la flambée, la question d'évacuation des malades suspects pose les problèmes des résistances, de séquestration des équipes de riposte, de dissentiments communautaires.

Choc émotionnel et affectif lié à Ebola

Le deuxième grand thème issu des vécus subjectifs des personnes affectées est le choc émotionnel et affectif lié à Ebola. Il est constitué de sept sous-thèmes dont sentiment d'être puni par le mauvais sort, sentiment d'abandon de lutte contre Ebola, sentiment de victimité poly endeuillé, sentiment d'abandon d'un travail à risque, sentiment de peur d'être désapprouvé, sentiment de sur-responsabilité, sentiment d'inquiétude pour l'avenir des enfants.

Plusieurs personnes affectées rapportent que le choc émotionnel est un élément caractéristique de leur vécu subjectif de la MVE. Les personnes affectées notent qu'en état de choc, elles se sentent stupéfaites, immobiles et incapables d'agir et de réfléchir sur ce qu'elles devraient faire. Il y en a qui sont agitées mais de manière inefficace, poussant des cris et agissant sur un mode automatique sans aucune réflexion, c'est comme si elles sont présentes physiquement mais absentes psychiquement. Plusieurs études rendent compte de façon pratique la présence de choc émotionnel et affectif chez les personnes affectées par la MVE, notamment les études de Joxe (2019) et Djiré (2020). Par contre, l'étude de Joffe, (2007) sur les représentations du virus Ebola en Grande-Bretagne, pays non touché jusqu'ici par la MVE, a montré que le choc émotionnel chez la personne affectée dépendait plus de l'identification que du contenu.

Ce vécu difficile de choc émotionnel et affectif interagit avec d'autres facteurs sentimentaux, notamment le sentiment d'être puni par un mauvais sort, la sorcellerie. Plusieurs personnes affectées et survivantes de la MVE rapportent avoir vécues la MVE comme un mauvais sort jeté contre elles. Plusieurs auteurs chercheurs, cliniciens et praticiens font remarquer que certaines personnes affectées et survivantes croyaient être ensorcelées à travers le virus Ebola, notamment Boumandouki & al. (2003), Center For Disease Control (2014), Bedford (2018), Berliner (2004), Moulin (2015), Duda (2020), Sow (2016), Fribault (2015). Certaines personnes touchées et survivantes rapportent avoir eu un sentiment d'abandon de lutte vis-à-vis de la MVE, une maladie qui tue tout le monde, qui fait peur à tout le monde. Parmi les personnes touchées qui ont manifesté le sentiment d'abandon vis-à-vis de la MVE, figurent celles dont le sentiment à la victimité était poly-endeuillé. Ce sentiment s'inscrit dans les suites d'un parcours des deuils multiples, victimes des décès de plusieurs membres de famille, déclaré malade ou survivant, envahit par l'angoisse de mort, semé des vulnérabilités, des stigmatisations. Par rapport au sentiment à la victimité poly-endeuillé, les chercheurs qui se sont penchés sur les différents traumatismes, ont parlé des personnes victimes de plusieurs traumatismes à la fois, qu'ils ont nommé de traumatisme de type III (Josse, 2014).

Plusieurs personnes touchées par la MVE, travailleurs dans la riposte, rapportent avoir abandonné leur travail à cause de risque de contamination et de perdre la vie, certaines ont refusé délibérément d'accueillir leurs usagers et d'autres encore ont carrément changé de services. Des études montrent l'abandon prématuré du travail de certains professionnels de lutte contre

l'épidémie de la MVE suite à des problèmes émotionnels liés à la profession (Merkel, 2014 ; Andreas & Damgaard, 2017).

Certaines personnes touchées parmi les professionnels de santé rapportent avoir le sentiment d'être désapprouvées par les familles des malades, parce que leurs proches malades meurent, ne guérissent pas vite. C'est ainsi que certains parmi eux développent le sentiment de sur-responsabilité, c'est-à-dire de guérir coûte que coûte le malade malgré le diagnostic défavorable et les prescrits de la littérature sur la MVE. A propos des sentiments d'être désapprouvé et de sur-responsabilité des professionnels de santé, aucune étude à notre connaissance n'a déjà abordé cette question.

Par ailleurs plusieurs personnes touchées et survivantes, parmi lesquelles les parents notent que bien qu'ils étaient malades, mais ils ressentaient d'inquiétudes profondes pour l'avenir et la santé de leurs enfants, ils se demandaient comment ils vont vivre pendant qu'ils sont hospitalisés. De cette relation parents malades et leurs enfants, nous n'avons trouvé aucune écriture pendant nos lectures.

Sentiment de culpabilité et de victimisation liée à la MVE

Le troisième grand thème issu des vécus subjectifs de personnes affectées et des survivants, est le sentiment de culpabilité et victimisation lié à la MVE.Il est composé de quatre sous-thèmes : culpabilité de deuil mal résolu, culpabilité d'avoir été où d'avoir un proche contaminé, culpabilité et auto-stigmatisation ainsi qu'attitudes de minimisation de la maladie.

Plusieurs personnes infectées de la MVE rapportent avoir été culpabilisées pour avoir été déclarées malades d'un virus grave, contagieux et mortel. Par ailleurs, même les personnes affectées de la MVE disent avoir été culpabilisées pour leur appartenance dans les familles de victimes infectées d'une maladie contagieuse. En plus d'angoisse de mort à la base de leur culpabilité, toutes les personnes touchées affirment que leur culpabilité était renforcée par la stigmatisation, c'est ainsi que certaines d'entre elles sont allées jusqu'à s'auto-stigmatiser.

Par contre, certaines personnes touchées culpabilisées d'être infectées adoptent une attitude contraste de minimisation de la maladie. Quelques études font des liens entre la culpabilité et la MVE. C'est le cas de Josse (2015) qui parle plus de la culpabilité des travailleurs humanitaires engagés dans la lutte contre la MVE. Claudot (2016) quant à lui, parle de la culpabilité que ressentent les guéris pour avoir survécus. Van Bortel & al, (2016) citent la culpabilité comme l'un

des effets psychosociaux aigus et à long terme chez les personnes touchées d'une épidémie d'Ebola.

Plusieurs personnes infectées et affectées avouent être culpabilisées pour n'avoir pas organisé les funérailles d'un proche décédé de la MVE. La culpabilité continue après la déclaration finale de l'épidémie de la MVE, comme en témoignent plusieurs survivants ainsi que leurs membres de famille qui affirment être culpabilisés d'avoir été où d'avoir un proche contaminé ou d'avoir perdu un proche à cause du virus Ebola. De nombreux chercheurs et cliniciens soulignent l'impact de sentiment de culpabilité dans la pathologie mentale. Pour Havet (2003), dans les soins psychiatriques, le thérapeute ne peut pas ne pas le prendre en compte, ainsi que les implications psychologiques et relationnelles qui en découlent quand nous rencontrons nos patients.

Freud (1968) postulera l'existence d'un sentiment de culpabilité inconscient qui, dans bon nombre de névroses "joue au point de vue économique un rôle décisif et oppose à la guérison les plus grands obstacles". Le sujet peut utiliser, pour diminuer ce sentiment de culpabilité, les mêmes mécanismes de défense que pour l'angoisse. Cependant, c'est la réparation (action en réduction des dommages que le sujet imagine avoir provoqués) qui est seule spécifiquement apte à réduire le sentiment de culpabilité.

Ebola : l'expression corporelle de la souffrance psychique

Le quatrième grand thème issu de vécus subjectifs des personnes affectées et des survivants de la MVE est l'expression corporelle de la souffrance d'Ebola, il est constitué de quatre sous-thèmes dont pleurs sans cesse, chaine de stress cumulatif, tendances aux comportements suicidaires ainsi que l'inhibition de la souffrance psychique. La plupart des personnes touchées par l'épidémie de MVE dans la présente recherche, ont mentionné d'une façon ou d'une autre, les réactions des expressions corporelles face à la souffrance psychique que leur renvoyait l'épidémie de la MVE. Des multiples auteurs et cliniciens ont conceptualisé ces expressions corporelles de la souffrance des victimes face à l'insoutenable confrontation au réel de la mort. Gomez et al. (2017) soulignent que certaines personnes confrontées à la souffrance d'autrui ont été déchu de leurs droits et ont appris à vivre sous un régime où elles étaient réduites à leur expression biologique. Dans leur étude sur les représentations du virus Ebola par les britanniques Joffe et Diogène (2007) affirment l'implication émotive et l'identification à la souffrance psychique des victimes.

Plusieurs personnes affectées et survivantes ainsi que des membres d'équipes d'intervention de la riposte ont rapporté les pleurs parmi les réactions manifestes (Epelboin, 2014 ; Lainé, 2016 ; Bedford, 2018). Certaines personnes touchées ont rapporté avoir subi intensément un stress de façon répétée et avec des variations fortes- moyennes- fortes. Plusieurs auteurs rendent compte de ces stress variables chez les personnes touchées par la MVE, notamment Lehmann (2015), Hugo & al. (2015), Chunzi Liu & al (2019), Ngade & al., (2016), Lorenzo Paladino et al. (2017), Park & Akello (2017), Kuklane et al, (2015). D'autres personnes affectées rapportent que devant les stress avec des fortes variations, elles étaient inhibées, ne parlaient pas, elles souffraient dans le silence. C'est ainsi que certains professionnels de la riposte signalent les cas des suicides parmi les personnes touchées. Sur le plan biologique, de nombreuses recherches antivirales sur le virus Ebola ont été générées et des inhibiteurs potentiels ont été identifiés dans les programmes de dépistage biologique et de chimie médicinale (Picazo & Giordanetto, 2015), mais aucune étude à notre connaissance n'a abordé l'inhibition des personnes affectées d'Ebola sur le plan psychologique.

Ebola : Angoisse du danger de mort

Le cinquième grand thème issu de vécus subjectifs des personnes touchées par la MVE est Ebola : Angoisse du danger de mort. Il est constitué de quatre sous-thèmes dont taux élevé d'angoisse de mort imminente, angoisse de séparation avec ses proches, angoisse d'être abandonné par ses proches, l'angoisse de perte d'enfants (fœtus).

Plusieurs personnes affectées et survivantes de la MVE rapportent avoir été confrontées par l'angoisse de mort face à un virus contagieux et meurtrier. Certaines personnes suspectées infectées et survivants qui étaient sur le fil de rasoir du virus Ebola, confrontées au réel de la mort, affirment avoir subi un taux élevé d'angoisse de mort imminente. Mais, à notre entendement, presqu'aucune autre étude sur Ebola n'a traité de l'angoisse des personnes touchées de façon formelle, à l'exception de celle de Dialo et al (2015), qui dans leur discussion ont pensé que, les crises morphémiques et temporales (mâchonnement, sensation de mort imminente et d'angoisse), corrélées aux anomalies de l'électroencéphalographie, ainsi qu'à l'existence de lésions cérébrales, pourraient expliquer l'agressivité du virus zaïre qui est le plus dangereux des cinq variétés de virus Ebola jusqu'alors connues. Par ailleurs, certaines personnes infectées isolées

dans le CTE rapportent avoir vécu une angoisse de séparation d'avec leurs proches, d'autres encore affirment avoir vécu la séparation avec les proches sous forme d'une angoisse d'abandon.

La plupart des femmes enceintes affectées et survivantes, confrontées avec le réel de la mort, ont vécu une angoisse de perte d'enfants (fœtus). A notre connaissance, aucune étude n'a abordé l'angoisse de séparation et d'abandon chez les personnes touchées par la MVE. Néanmoins, l'étude de Amit Arya et al. (2020) a ajouté l'angoisse de séparation parmi les problèmes de santé mentale qu'il faut prendre en charge en soins palliatifs auprès des professionnels de santé victimes de la pandémie à Covid-19.

Ebola : interaction stigmatisante des victimes

Le sixième grand thème issu de vécus subjectifs de personnes affectées et survivantes de la MVE est Ebola : interaction stigmatisante des personnes touchées. Il est composé de deux sous-thèmes dont vécu communautaire stigmatisant et auto-stigmatisation. Plusieurs personnes touchées rapportent avoir fait l'objet de moquerie ou autres attitudes du même genre dans leur relation avec les autres. La plupart des personnes affectées affirment avoir subi les actes de rejet par leur communauté, en refusant de leur adresser la parole ou de leur acheter ou vendre les produits. Conscientes de la stigmatisation dont elles font objet, certaines personnes touchées ont développé les comportements d'auto-stigmatisation, en s'isolant, en restant chez soi par peur d'être stigmatisé ou rejeté. Plusieurs études ont signalé en passant les manifestations de la stigmatisation contre les personnes affectées et survivantes de différentes épidémies de la MVE. Mais, deux études portées sur la MVE, ont montré d'une part les différentes formes de stigmatisation que rencontrent les professionnels de santé survivants (Sow & al., 2016) et d'autre part, l'identité et la stigmatisation des survivants d'Ebola qualifiées d'une bombe atomique (Vernables, 2017).

Ebola : Victimisation et déséquilibre decompensatoire

Le septième grand thème issu de vécus subjectifs des personnes affectées et des survivants est Ebola : Victimisation et déséquilibre decompensatoire. Il est constitué de trois sous-thèmes dont vécu décompensatoire psychopathologique, suicide et tentatives de suicide ainsi que vécu constant d'une grande souffrance. A notre connaissance, aucune étude n'a abordé la question de déséquilibre decompansatoire chez les personnes affectées par la MVE. Par contre, certains praticiens et cliniciens notent avoir reçu en entretiens des personnes touchées qui ont progressivement présenté les troubles de comportements. Plusieurs personnes affectées et

survivants rapportent avoir vécu constamment une grande souffrance pendant et après l'épidémie de la MVE. D'autres rapportent avoir un dégoût de la vie et avoir envie de rien du tout, les amenant à des tendances à se suicider. Que cela soit pour un vécu constant d'une grande souffrance psychique ou le suicide et tentative de suicide, aucune étude à notre connaissance en a fait allusion.

Ebola : Conflit imaginaire et inconscient

Le huitième grand thème issu de vécus subjectifs des personnes affectées et survivantes de la MVE est Ebola : Conflit imaginaire et inconscient. Il est constitué de quatre sous-thèmes dont sentiment d'être en dehors de son corps, sentiments d'être puni et abandonné par Dieu, le rêve traumatique de la MVE ou de la mort ainsi que les moyens psychologiques défensifs face à Ebola.

Pendant les entretiens cliniques, plusieurs personnes touchées ont tenu des discours imaginaires envisageant leur mort éventuelle, un langage qui relève de l'inconscient. De nombreuses études sur la MVE confirment son caractère virulent, nuisible ainsi que son taux de létalité très élevé, allant de 50 à 90 % (Murphy, 1997 ; Schloten, 2002 ; OMS, 2016 ; Muyembe, 2017). Devant une telle maladie au taux d'angoisse de mort très élevé, de nombreuses personnes affectées rapportent ne plus avoir le ressentiment habituel plutôt un ressentiment d'être en dehors de leur propre corps. Nombreuses rapportent avoir fait des rêves traumatiques liés à la MVE et à la mort, et certaines, à travers leur maladie, avouent être punies et abandonnées par Dieu. De tout ce qui précède, aucune étude à notre connaissance n'a abordé l'un de ces aspects des conflits imaginaire et inconscient liés à Ebola.

Plusieurs cliniciens psychologues de terrain rapportent avoir identifié chez les personnes affectées par la MVE, les mécanismes de défense psychologique comme des réactions qui leur permettent de faire face à la maladie puis de s'adapter. De façon particulière, le personnel soignant affecté par la souffrance psychique de leurs malades et aux difficultés à contrôler certains symptômes, vont mettre en place des mécanismes pour se préserver d'une réalité trop douloureuse. A notre connaissance, il n'y a pas presque pas d'étude qui a déjà examiné cette question de mécanisme de défense psychologique inconscient.

Pour leur résilience, leur capacité à faire face aux traumas, aux chocs émotionnels et affectifs, aux sentiments de culpabilité, à la souffrance, aux conflits intra et inter psychiques, ainsi qu'à l'angoisse du danger de mort perçus que leur renvoie le virus Ebola, les personnes

touchées par la MVE, mobilisent deux types d'opérations mentales, les mécanismes de défenses psychologiques et les processus de coping. Ces deux types d'opérations ont coexistés en chacune de personne affectée comme l'ont montré dans les résultats quantitatifs, le pouvoir prédictif significatif du soutien social reçu et des stratégies de coping religieux de la Détresse Péri-Traumatique chez les enfants et adolescents affectés. Ces deux opérations se soldent toujours par deux issus, soit à un processus d'adaptation, soit un processus d'inadaptation.

Le caractère adaptatif et inadaptatif dépend à la fois du type de défense ou de coping, de l'intensité et de la durée de sa mise en jeu, mais aussi du contexte interne et externe de leur mobilisation et des interactions éventuelles entre défense et coping. L'analyse de mécanisme de défense des personnes affectées montre que la majorité a recouru aux mécanismes de retrait apathique, de l'anticipation anxieuse, au déplacement, au déni, à la régression, au refoulement puis à l'évitement.

Les catégories de mécanismes de défense dominants sont les mécanismes de défenses névrotiques avec 23 %, puis de mécanismes de défense matures avec 20 %, ensuite de mécanismes de défense psychotiques avec 13 % et enfin les mécanismes de défense immatures avec 12 %.

Les mécanismes de défense dominants chez les survivants sont le retrait apathique, la régression, l'affiliation, la compensation et le déplacement, tandis que chez les personnes décédées les mécanismes de défense dominants sont le retrait apathique, le déplacement, la régression, le déni et l'anticipation anxieuse.

Résumé du chapitre

Dans ce chapitre, nous avons mis en parallèle les résultats quantitatifs et qualitatifs obtenus dans notre étude à la littérature scientifique issue d'autres travaux de recherche dans le domaine de la santé mentale. Confrontés à la littérature, les résultats de la présente étude corroborent les conclusions d'autres études qui, de manière générale soutiennent que la MVE est un événement traumatogène, engendrant des réactions psychiques en chaîne allant de la dépression au suicide. En même temps, les résultats de cette étude ont comblé d'importantes lacunes dans les connaissances empiriques concernant la santé mentale des victimes (toutes catégories confondues : enfants, adolescents, adultes) de l'épidémie de la MVE et ont jeté des bases solides pour les futures recherches dans le domaine.

***. ***. ***

CONCLUSIONS

La présente recherche est partie du constat selon lequel la survenue de l'épidémie de la MVE est généralement brutale et imprévue, et son origine inhabituelle. Ses conséquences d'ordre matériel, humain ou mixte entrainent à la fois une disproportion entre les besoins, les moyens de secours et de soins et constituent un dommage grave pour les collectivités humaines victimes. Dans les zones touchées, la MVE occasionne une mortalité très élevée dans la communauté, les individus touchées sont confrontés « à la mort et/ou à la menace de mort » par le risque permanent de la contagiosité d'un virus très virulent. Ces individus sont perturbés dans leur quotidien à tous les niveaux de l'organisation de l'être humain (individuel, interactionnel, organisationnel et communautaire), par les pertes, les deuils et les souffrances collectives touchant une grande partie des populations.

Toutes ces perturbations font de l'épidémie de la MVE un événement potentiellement traumatisant. De ce fait, la MVE pourrait avoir des conséquences importantes sur la santé mentale de toutes les personnes affectées. D'où, la préoccupation principale de cette thèse, celle de chercher à savoir ce qui se passe sur la santé mentale des individus affectés par l'épidémie de la MVE. En d'autres termes, comment la MVE affecte-t-elle la santé mentale des personnes touchées ?

La présente recherche s'est intéressée aux problèmes de santé mentale et au vécu de l'expérience subjective des personnes affectées, en lien avec le degré d'exposition à la MVE, la stigmatisation, les stratégies de coping ainsi que la résilience des enfants et adolescents (7-17 ans) et des adultes (18 ans et plus) dans le contexte des épidémies de la MVE en Rd Congo. En d'autres termes, il s'agissait d'évaluer les effets de l'épidémie de la MVE et de la stigmatisation qui en résultent sur la santé mentale des populations victimes. Puis d'évaluer les effets des stratégies de coping des victimes sur les problèmes de santé mentale provoqués par l'épidémie de la MVE. Ensuite, de décrire le vécu de l'expérience subjective des victimes directes infectées et les victimes indirectes affectées par l'épidémie de la MVE mortes ou vivantes. Enfin, de décrire les moyens et facteurs de protection à la base de résilience chez les victimes résistantes de l'épidémie de la MVE.

Ainsi, au-delà des limites auxquelles a été confrontée la présente recherche, ses résultats contribuent à la compréhension des problèmes de santé mentale chez les personnes affectées par la MVE ainsi que leur vécu de l'expérience subjective de l'épidémie de la MVE en Rd Congo. Les résultats de la présente recherche révèlent que :

- Presque la moitié des adultes affectés ont développé de la détresse péri-traumatique comme problème de santé mentale, et cela, suite à la présence de la MVE dans leur milieu de vie,
- Un nombre important des adultes des villes et des villages touchés par l'épidémie de la MVE ont présenté une détresse psychologique grave suivant certains facteurs de risque.
- La moitié des enfants et adolescents affectés ont développé la détresse péri-traumatique suite à la présence de la MVE dans leur milieu de vie ;
- Un nombre important des enfants et adolescents des villes et des villages touchés par l'épidémie de la MVE ont présenté une détresse psychologique grave suivant certains facteurs de risque.

Les résultats sur la prévalence des problèmes de santé mentale des adultes affectés (la DPT, DP et la santé mentale générale) ont montré que la prévalence varie significativement en fonction du niveau d'études, du statut matrimonial, du lieu de résidence (ville ou village), de la religion et selon qu'on exerce ou non une activité professionnelle, mais pas selon le sexe.

Les résultats sur les problèmes de santé mentale des enfants et adolescents affectés (DPT et DP) ont montré que la prévalence et la sévérité varient significativement en fonction du milieu de vie (ville ou village), du niveau d'études, de la scolarité des parents, du statut matrimonial et vital des parents, et selon que les parents exercent ou non une activité professionnelle.

Par ailleurs, l'évaluation des aspects de la MVE affectant l'état de santé mentale générale des adultes affectés a montré d'une part, que le degré d'exposition à la MVE, la stigmatisation qui en résulte, les formes de soutien social reçu et les stratégies de coping religieux améliorent significativement les modèles de prédiction de l'état de santé mentale générale, par rapport aux seules variables sociodémographiques. D'autre part, l'évaluation des aspects de la MVE affectant l'état de santé mentale générale des enfants et adolescents affectés a montré que le degré d'exposition à la MVE, la stigmatisation qui en résulte, les formes de soutien social reçu et les stratégies de coping religieux ont un pouvoir prédictif significatif de la DPT chez les enfants et

adolescents affectés, et l'exposition à un degré élevé à la MVE affecte de manière significative et négative la détresse péri-traumatique chez les enfants et adolescents victimes.

Les résultats approfondis révèlent huit grands thèmes. Premièrement, les personnes affectées et les survivants vivent l'épidémie de la MVE comme un évènement traumatisant leur psychisme. Par ailleurs, elles vivent les effets de la MVE sous un choc émotionnel et affectif. De ce fait, elles se culpabilisent fortement d'être affectées par cette maladie grave, contagieuse et mortelle. Quatrièmement, elles rapportent une expression corporelle perturbée. Cinquièmement, elles mènent une vie mentale imaginaire et conflictuelle avec, des fois, des manifestations inconscientes de façon permanente dans tous les petits actes et faits au quotidien, même ceux qui semblent les plus insignifiants. Sixièmement, elles vivent un taux d'angoisse de mort très élevé. Par ailleurs, elles vivent une relation communautaire stigmatisante et douloureuse. Enfin, certaines finissent avec un déséquilibre compensatoire.

L'analyse des résultats met en évidence plusieurs facteurs de risques de santé mentale communs à d'autres individus touchés par certaines catastrophes naturelles, notamment l'âge, le sexe, le statut socio-économique, la femme enceinte, le jeune âge, les perturbations neurologiques.

D'un autre côté, la précarité socio-économique des zones touchées ainsi que l'intrication d'autres vulnérabilités psychologiques individuelles à celles qu'auraient entrainé les épidémies de la MVE, ont pu inévitablement renforcer les problèmes de santé mentale chez les personnes affectées qui se trouveront automatiquement plus vulnérables. Tous les facteurs précités méritent d'être considérés dans l'évaluation et la prise en charge psychosociale des personnes et des communautés touchées par des épidémies de la MVE.

Ainsi, pouvons-nous conclure que pendant les différentes flambées de la MVE voire sept mois après l'épisode de la MVE qui a sévi en 2018 dans la Province de l'Equateur en Rd Congo, les enfants, les adolescents et les adultes présents dans les zones touchées ont présenté des problèmes de santé mentale (Détresse Péri-Traumatique, Détresse Psychologique, le problème de santé mentale générale et un vécu subjectif traumatique d'Ebola).

Cependant, il convient de retenir qu'à la lumière de ces données, les problèmes de santé mentale issus de la MVE ne sont pas que systématiquement corrélées avec la stigmatisation, le degré d'exposition, le niveau de connaissance et de perception ainsi que les stratégies de coping.

Par ailleurs, l'analyse des résultats approfondis dans une perspective d'approche phénoménologique, a mis en évidence le fait que d'autres facteurs de risque inhérents au contexte d'Ebola et aux vécus subjectifs des personnes affectées dans les milieux socio-culturels et environnementaux des zones touchées pourraient aggraver la vulnérabilité psychologique des sujets. Il s'agit des facteurs de bouleversement psychique, notamment le vécu traumatique d'une maladie mortelle et contagieuse, le vécu de deuil traumatique, le vécu traumatique d'isolement ainsi que le vécu traumatique d'évacuation vers le CTE. Puis, c'est le sentiment d'être puni, le sentiment de victimité poly endeuillé et le sentiment d'inquiétudes pour l'avenir des enfants. Ensuite, c'est la culpabilité de deuil non résolu, la culpabilité d'avoir été où d'avoir un proche contaminé. Il y a aussi le sentiment d'être en dehors de son corps et de son environnement, ainsi que l'usage de moyens de défense psychologique immature. A cela s'ajoute le taux élevé d'angoisse de mort imminente, l'angoisse de séparation et d'être abandonné par ses proches, l'angoisse de perte d'enfant (fœtus) y compris le vécu communautaire stigmatisant ainsi que l'auto-stigmatisation. Enfin, il y a le vécu constant d'une grande souffrance qui peut entrainer un processus décompensatoire psychopathologique. En outre, la résilience observée malgré le vécu traumatique de la MVE n'est pas en lien seulement avec les stratégies de coping mais aussi avec les mécanismes de défenses psychologiques matures observés chez les adultes affectés de l'échantillon non probabiliste de notre étude.

Les résultats qualitatifs viennent renforcés les résultats quantitatifs sur les problèmes de santé mentale des personnes affectées par la MVE. Elles mettent l'accent sur l'expérience des vécus subjectifs traumatiques des victimes. Les résultats quantitatifs sont présentés sous formes nosographiques consistant à classer de manière méthodique les symptômes en syndromes psychiatriques (DPT, DP, SMG). Les résultats qualitatifs sont venus reprendre la description de ces syndromes psychiatriques en leur apportant un éclairage autour de l'approche psychopathologie psychanalytique prenant en compte l'histoire du sujet touché, ses diverses blessures psychiques, ses traumatismes, ses modes de résolution des traumas ainsi que ses systèmes défensifs liés aux formes de conflits que leur renvoie l'épidémie de la MVE. Il s'agit là d'une complémentarité et d'une opportunité d'ouverture scientifique. Cette ouverture vers les méthodologies mixtes serait une bonne stratégie de recherche en santé mentale, en mêlant scientifiquement l'objectif et subjectif, le général et le particulier, l'isolement des variables et la complexité de la réalité psychique.

Notre recherche a mis en évidence la réalité selon laquelle le temps n'a pas effacé systématiquement les traumatismes psychiques liés à la 9eme épidémie de la MVE qui a sévi à l'Equateur en 2018, car un nombre considérable des personnes affectées et des survivants présentent toujours les symptômes sévères de Détresse Péri-Traumatique, les symptômes sévères de Détresse Psychologique, les symptômes sévères de Santé Mentale Générale associés au virus Ebola.

Points forts, limites, implications et perspectives

Points forts

1) Les points forts de la présente recherche se trouvent dans l'utilisation d'une étude mixte intégrant à la fois les méthodes quantitatives et qualitatives, afin de mieux expliquer la complexité du phénomène de l'épidémie de la MVE et ses conséquences sur la santé mentale de personnes affectées.
2) L'utilisation d'un plan expérimental transversal pour l'étude quantitative. Pour autant que nous sachions, il s'agit de la première étude quantitative représentative transversale sur les problèmes de santé mentale des personnes affectées (enfants, adolescents, adultes), après une épidémie d'Ebola en République démocratique du Congo ou ailleurs.
3) En ce qui concerne les contextes géographique et psycho-socio-culturel de la zone touchée par la 9ème épidémie de la MVE, située au Nord-Ouest de la Rd Congo, elle est caractérisée par un climat tropical chaud et humide où la température moyenne varie entre 21°C et 31°C. Avec ce climat, il fait extrêmement chaud à l'Equateur, ce qui justifierait le caractère direct et agressif dans les comportements des Equatoriens. Il pleut abondamment dans cette région, ce qui perturbe souvent la circulation des personnes dans cette zone. La partie Nord de la Province est couverte d'une grande forêt ombrophile sempervirente, et la forêt édaphique couvre près de 72 % de la superficie de la Province. Avec une hydrographie qui comprend le fleuve Congo, des rivières et des lacs, le transport routier est rendu difficile dans cette zone. La pauvreté est excessivement élevée dans cette province (93,6%), ce qui rend le travail communautaire très difficile avec beaucoup d'incompréhensions et de bénéfices secondaires. Sa population est jeune avec un taux de chômage très important, ce qui a entrainé l'existence de la délinquance juvénile en milieu urbain, avec la formation

des bandes qui sèment les violences et l'insécurité dans certains milieux urbano-ruraux de la province.

Toutes ces caractéristiques de la province rendent difficile la riposte de l'épidémie de la MVE. Le taux de rétention était acceptable et la période de 7 mois après la fin de l'épidémie a permis une perspective à long terme des changements dans les problèmes de santé mentale développés par des personnes affectées.

4) En tant que tels, les résultats ont comblé d'importantes lacunes dans les connaissances empiriques sur la santé mentale des personnes affectées toutes catégories confondues (enfants, adolescents, adultes), à la suite de l'épidémie de la MVE et ont jeté des bases solides pour de futures recherches dans le domaine.
5) L'utilisation de deux types des questionnaires d'enquêtes, un pour les enfants et les adolescents de 7 à 17 ans, administré chez les enfants et adolescents dans les écoles et un autre pour les adultes de 18 ans et plus, administré directement chez les personnes adultes dans la communauté.
6) La représentativité de notre échantillon, qui est la répartition presque égale entre les sexes des participants. Cela a rendu possible l'analyse comparative entre les sexes, avec une puissance statistique suffisante. Bien que nous n'ayons pas trouvé de différences entre les sexes dans les taux de prévalence et de changements dans les symptômes de différents problèmes de santé mentale (DPT, DP, SMG), certaines différences entre les sexes sont apparues dans les facteurs de risque et de protection.

Limites

Ce travail comporte certaines limites qui méritent d'être signalées. En effet, la conception étant transversale, cette étude n'a pas pu examiner les trajectoires des symptômes de Détresse Péri-Traumatique, de Détresse Psychologique et de Santé Mentale Générale chez les victimes des communautés touchées par l'épidémie de la MVE. Une étude longitudinale nous aurait permis d'étudier le parcours des personnes affectées et des survivants, de voir l'effet des autres événements potentiellement traumatique que celles-ci ont vécus afin de réaliser des modèles explicatifs qui rendent davantage les facteurs de risques de développer chacun des problèmes de santé mentale précités (DTP, DP, SMG) plus de sept mois après l'épidémie de la MVE.

Bien qu'aucune étude à ce jour n'ait été conduite avec des mesures spécifiques, la Détresse Péri-Traumatique, Détresse Psychologique et la Santé Mentale Générale en ce qui concerne la maladie à virus Ebola, des études antérieures ont montré que les personnes touchées par cette maladie couraient un risque accrû d'être diagnostiquées avec des problèmes de santé mentale internalisés comprenant la dépression, l'anxiété et le SSPT (Epstein et al., 2015; Etard et al., 2017; Howlett et al., 2018; Jagadesh et al., 2018; Kamara et al., 2017; Keita et al., 2017; Waterman et al, 2018; Wilson et al. ., 2018).

La deuxième limite est de n’avoir pas pu étendre notre recherche sur d’autres provinces de la Rd Congo touchées par les épidémies de la MVE comme la Mongala (Yambuku 1976, Tadala 1977), le Kwilu (Kikwit, 1995), le Kasaï Centrale (Mweka 2007, Mweka 2008), Haut- Uélé (Isiro, 2012), la Tshuapa (Boende, 2014), le Bas-Uélé (Likati, 2017), Nord-Kivu et Ituri (2018), Nord-Kivu (Butembo, 2021, Beni, 2021).

La troisième limite est liée aux techniques de collecte des données ainsi qu’à la sélection des sujets de l’échantillon pour le volet qualitatif de la recherche. Les données dans cette partie de la recherche n’ont pas été recueillies dans une situation construite pour laquelle un guide de passation est préétabli, mais plutôt d’une analyse clinique dans le cadre d’une intervention psychologique en milieu dit « naturel ». De plus, étant donné que le volet de cette recherche a été réalisée avec une méthode qualitative en phénoménologie descriptive, la nature de la sélection de l’échantillon ne vise pas à permettre une généralisation des résultats à l’ensemble des personnes affectées et des survivants de différentes épidémies de la MVE. En effet, en phénoménologie descriptive, la sélection de l’échantillon vise la transférabilité des résultats à d’autres sous-groupes semblables, pas la généralisation à l’ensemble de la population à l’étude.

Donc dans cette étude, certains aspects du profil des personnes affectées et survivantes sont trop homogènes pour permettre la transférabilité des résultats à l’ensemble des victimes d’épidémies de la MVE. L’échantillon comprend presqu’exclusivement les habitants de milieu rural et urbano-rural. La plupart sont congolaises (93 %). Par contre, d’autres variables sont diversifiées, notamment le sexe, l’âge, le niveau de scolarité, le statut socioéconomique et socioprofessionnel ainsi que le statut marital et familial.

Les conclusions de la présente recherche concernant les taux de prévalence et sévérité de problèmes de santé mentale, doivent être interprétés avec prudence. Nous n'avons pas appliqué de diagnostic formel de Détresse Péri-Traumatique et de Détresse Psychologique ainsi que de Santé Mentale Générale, mais nos estimations étaient basées sur les instruments de dépistage et ne faisaient donc pas nécessairement référence à la Détresse Péri-Traumatique, à la Détresse Psychologique et à la Santé Mentale Générale de gravité clinique.

En outre, il n'y avait pas de données locales ou nationales disponibles en République démocratique du Congo, ni pour enfants et adolescents, ni pour adultes sur la Détresse Péri-Traumatique, sur la Détresse Psychologique ainsi que sur la Santé Mentale Générale qui puissent servir de comparaison.

Implications

Malgré les limites susmentionnées, les résultats ont des implications importantes pour les politiques cliniques et de santé publique. Les résultats soulignent le besoin urgent de mettre en œuvre des programmes de traitement des symptômes de Détresse Péri-Traumatique, de Détresse Psychologique et de Santé Mentale Générale dans le cadre du large éventail de réactions potentiellement larges des personnes affectées et survivantes (enfants, des adolescents et des adultes), d'épidémies d'Ebola.

Ce n'est pas le cas actuellement en République démocratique du Congo, car les problèmes de santé mentale des populations sont négligés dans les zones touchées par les épidémies. Les conséquences à long terme de ces problèmes internalisés doivent être anticipées, et les résultats de cette étude pourraient être utiles pour concevoir des stratégies de dépistage et planifier les interventions de traitement pour les personnes touchées (enfants, adolescents, adultes) d'épidémies de la MVE.

Dans la veine du programme de l'Organisation Mondiale de la Santé (2017), des programmes en milieu scolaire peuvent être développés pour évaluer et gérer la détresse post-épidémie d'Ebola. Comme nous avons constaté que la manifestation des symptômes intériorisés est restée au fil du temps, il est important que ces programmes ciblent l'identification précoce de

la dépression et de l'anxiété sous-syndromiques, brisent leur chronicité et empêchent le développement complet de la dépression et des troubles anxieux.

Ces programmes devraient compléter les programmes communautaires disponibles (Cénat et al., 2020) et fournir un soutien instrumental aux enfants et aux adolescents dont les parents sont moins instruits et peuvent avoir des idées fausses sur la maladie à virus Ebola. Ainsi, au-delà des limites auxquelles a été confrontée la présente recherche, ses résultats contribuent à la compréhension des problèmes de santé mentale chez les personnes affectées et survivantes de la MVE ainsi que leur vécu de l'expérience subjective de l'épidémie de la MVE en RD Congo.

Perspectives

En s'appuyant sur nos conclusions, les futures enquêtes feront bien d'inclure plusieurs points de suivi pour mieux saisir les trajectoires longitudinales des symptômes. Il sera particulièrement intéressant de vérifier les expressions continues ou discontinues des symptômes (Cicchetti & Toth, 1998 ; McLaughlin & King, 2015), leur rémission ou leur persistance ou même les complications, et leur impact sur d'autres sphères du développement des enfants et adolescents touchés ainsi que du bien-être de toutes les autres personnes affectées.

Nous suggérons que des études futures poursuivent l'analyse de la variable genre en proposant des compréhensions causales de l'organisation transversale et longitudinale des symptômes de Détresse Péri-Traumatique, de Détresse Psychologique et de Santé Mentale Générale à travers le sexe (Mullarkey, Marchetti & Beevers, 2019). Si cette organisation diffère, cela peut donc fournir des informations supplémentaires sur la façon dont les programmes d'intervention peuvent être adaptés aux personnes de sexe féminin (femmes et filles) et aux personnes de sexe masculin (hommes et garçons), confrontés à la détresse du virus Ebola après l'épidémie.

Bien que les entretiens basés sur le diagnostic psychologique soient coûteux, des efforts devraient être faits dans ce sens et, si possible, inclure à la fois les parents et les enfants afin de mieux comprendre les interactions dyadiques parent-enfant en réponse aux facteurs de stress liés à Ebola et de développer des programmes d'intervention systémique en santé mentale culturellement adaptés aux personnes affectées et leurs familles, aux professionnels de santé dans le besoin. Sinon, les risques de vulnérabilité resteront criants et les répercussions néfastes seront à

la fois individuelles et collectives. La prise en charge psychologique des personnes touchées par de catastrophes naturelles est une nécessité de santé publique. Les autres aspects évoqués dans les limites de la présente étude pourraient constituer des perspectives de recherches intéressantes.

BIBLIOGRAPHIE

Abdulaziz, M. & al. (2015). Psychiatric treatment of a health care worker after infection with Ebola virus in Lagos, The American journal of psychiatry, 172(3), 222–224. https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2014.14121576.

Abdulaziz, M., Sheikh, T. L., Poggensee, G., Nguku, P., Olayinka, A., Ohuabunwo, C., & Eaton, J.(2015). Mental health in emergency response: lessons from Ebola. The Lancet psychiatry, 2(11), 955-957. https://doi.org/10.1016/S2215-0366(15)00451-4.

Abdulaziz, M., Sheikh, T., Gidado, S., Poggence, G., Nguku, P., Olayinka, A., Obiako, R. (2015). An evaluation of psychological distress and social support of survivors and contacts of Ebola virus disease infection and their relatives in Lagos, Nigeria, BMC Public Health, 15 (1). https://doi.org/10.1186/s12889-015-2167-6.

Abramowitz, S., McKune, S., Fallah, M., Monger, J., Tehoungue, K., & Omidian, P.(2017).The opposite of denial: social learning at the onset of the Ebola emergency in Liberia, Journal of Health Communication. 22(1):59-65. : 10.1080/10810730.2016.1209599.

Adaora, K. Igonoh. (2015). My experience as an Ebola patient, Am J Trop Med Hyg, 92(2), 221-222.

Adelie, O.(2016). Ebola : historique et actualité. Thèse de Doctorat en Pharmacie.Université d'Angers. DUNE, http://dune.univ-angers.fr/fichiers/20091647/2017PPHA6770/fichier/6770F.pdf.

AESplus.net. (2006). *Etude qualitatives.* Retrieved from http://www.aesplus.net/etudes-qualitatives.html. Consulté le 23 juillet 2015.

Aktouf, O. (1992). *Méthodologie des sciences sociales et approche qualitative des organisations.* 1ère ed., Presses de l'université de Québec.

Alastair, A. & al, (2019).La recherche sur les systèmes de santé dans des environnements fragiles.Bulletin de l'Organisation Mondiale de la Santé, https://www.who.int/bulletin/volumes/97/6/19-233965/fr.

Albertsen, A., Thaysen, J. D., & Albertsen, A. (2017). Distributive justice and the harm to medical professionals fighting epidemics. Journal of medical ethics, 43(12), 861–864. https://doi.org/10.1136/medethics-2017-104196.

Algava, E. (2011). Stress au travail et santé - situation chez les indépendants. Inserm. 1. Retrievedfrom http://www.inserm.fr/actualites/rubriques/actualites-societe. Consulté le 12/4/ 2016.

Alice, D. Malan, M., Egrot, M., Akindès, F. & Sow, K.(2018).Patients négligés, effets imprévus. L'expérience des cas suspects de maladie à virus Ebola, Santé Publique, 30, 565-574. https://doi.org/10.3917/spub.185.0565.

AmitArya, MD., (2020). Soins palliatifs en temps de pandémie : au-delà des respirateurs et des vies à sauver (bioéthique) en Citation : CMAJ 2020. 14 (192) 400-4. https:// soundcloud.com/cmajpodcasts/200465-ana-fre.

Angold, coll., Vallerie, B. (2012). Interventions sociales et empowerment (développement du pouvoir d'agir). PARIS : Harmattan.

Attal, J. (2015). « L'impact du risque d'Ebola sur les répresentations de soignants. L'exemple des etablissements de santé de référence en France ». Module interprofessionnel de la santé publique. EHESP.

Aubry, P. & Gaüzère, B, A. (2019) Maladie à virus Ebola, Diplôme de Médecine Tropicale des Pays de l'Océan indien, Université de Bordeaux.

Augusta, H. et Al. (2018). Closing the mental health treatment gap throught the collaboration of traditional and Western medicine in Liberia, International Journal of Culture and Mental Health.*11*(4), 693-704.

Bah, A., James, P., Bah, N., Sesay, A., Sévalie, S. & Kanu. (2020). Prévalence de l'anxiété, de la dépression et du trouble de stress post-traumatique chez les survivants d'Ebola dans le nord de la Sierra Leone : une étude transversale. BMC Public Health. 20 (1) 1391 https://doi.org/10.1186/s12889-020-09507-6.

Baize, S., Leroy, E., Georges-Courbot, M., Capron, M., Lansoud-Soukate, J. & Georges, A. (1999). Réponse immune précoce et contrôle de l'infection par le virus Ebola. Med Sci, 15 (10)1168-72.

Balayulu, M, O. (2017).Clinique du stress psycho traumatique chez les victimes de l'épidémie de la maladie à virus Ebola. Mémoire de maitrise en psychologie Clinique. Université de Kinshasa.

Ballo, M. (2015). Perceptions et pratiques de prévention reliées contre la maladie à virus Ebola: cas de la FMOS . Thèse de doctorat en Médecine. Université des sciences, des techniques et des technologies de Bamako. https://www.bibliosante.ml/handle/123456789/842.

Barry, M., Clarke, A., Jenkins, R.&Patel, R. (2011). Rapid review of the evidence on the effectiveness of mental health promotion interventions in low and middle-income countries. World Health Organization, https://www.researchgate.net/publication/259616478.

Bass, H. (2017). Impacts de la maladie grave sur les enfants et adolescents, leurs familles et les professionnels: Quel espace médiateur possible pour maintenir le lien groupal ?. La nouvelle revue de l'adaptation et de la scolarisation, 79-80 (3-4), 53-63. https://doi.org/10.3917/nras.079.0053.

Bassoles. (2014). Les interventions psychothérapiques précoces post-traumatiques, Cairn, https://doi.org/10.3917/impsy.8203.0231

Batcho, A. (2018). Connaissances, attitudes et pratiques du personnel soignant du CHU de Kati face à l'épidémie d'Ebola. Thèse de doctorat en Médecine. Université des sciences, des techniques et des technologies de Bamako. https://www.bibliosante.ml/handle/123456789/897.

Bedford, J. (2018). Considérations clés: comportements en matière de santé dans la province de l'Équateur, RDC. Social Science in Humanitarian Action Platform. 1 (7) 984 https://doi.org/10.7490/f1000research.1115742.1.

Bedford, J. (2018). Considérations clés: Inhumation, funérailles et pratiques du deuil. Social Science in Humanitarian Action Platform. https://doi.org/10.7490/f1000research.1116037.1.

Benowitz, S. &al.(2014). Surveillance et préparation en réponse à la maladie à virus Ebola.Rapport hebdomadaire sur la morbilité et mortalité, 63(41) 934-936.

Berliner, D. (2004). « Perception des fièvres hémorragiques à virus Ebola sur la frontière Congo-gabonaise ». *Civilisations*. 52 (1) 117-120. https://doi.org/10.4000/civilisations.748.

Betancourt, T. & al.(2016). Associations between mental health and Ebola-related health behaviors: a regionally representative cross-sectional survey in Post-Conflict Sierra Leone, PLoS Med.13(8) : 1002073. : 10.1371/journal.pmed.1002073.

Bion, W.R. (2003). *Aux sources de l'expérience*. Paris : Presse Universitaire de France.

Bitanihirwe, B. (2016). Monitoring and managing mental health in the wake of Ebola. Ann Ist Super Sanita, 52(3):320-322. 10.4415/ANN_16_03_02.

Bortel, T. & al. (2016).Psychosocial effects of an Ebola outbreak at individual, community and international levels, Bulletin of the World Health Organization, 94(3) : 210-214. : 10.2471/BLT.15.158543.

Bouchaud, O. (2015). Pathologies infectieuses importées (Dengue, Chikungungna, Ebola,...).le Congres Médecins, conférence d'actualisation. Hôpital Avicenne-APHP et Université Paris 13 : Paris Cité Sorbonne.

Bowman .(1999). La santé mentale en population générale : image et réalité. L'information psychiatrique, 76 (3): 279-292.

Brassard, J. (2012). Les conséquences à long terme des inondations de juillet 1996 sur la santé biopsychosociale des adultes âgés de 50 ans ou plus. Mémoire de maitrise en travail social. Université du Québec.

Bremner, J., Southwick, S. &Charney,D. (1999). The neurobiology of posttraumatic stress disorder : An integration of animal and human research. Allyn & Bacon.

Bremner, J.D. (2007). *Désordre post-traumatique d'effort et autre soumissions à une contrainte-connexe,*Clin N AM, 103-143.

Briollon, P. (2007). Comment aider les victimes souffrant de stress post- traumatique. Quebecor. Québec.

Cardozo, L.B., et al. (2012). "Psychological Distress, Depression, Anxiety, and Burnout among International Humanitarian Aid Workers: A Longitudinal Study." *PLoS ONE*, 7(9). https://doi.org/10.1371/journal.pone.0044948.

Carleton & al, (2018). Les symptômes du trouble mental chez le personnel de la sécurité publique au Canada. Revue canadienne des sciences du comportement. 51 (1).

Carol Pierce Colfer. J et al. (s d) Les forêts et la santé humaine dans les tropiques : quelques interactions importantes, CIFOR.

Chloe, C., Marine, L. & Helene, L. (2007). *Etat de stress post-traumatique.* Lille : École d'infirmiers de Douai. http://cupdf.com/document/etat-de-stress-post-traumatique.htm/ consulté le 20/05/2020

Chunzi, L, & al. (2019). Sources and symptoms of stress among nurses in the first Chinese anti-Ebola medical team during the Sierra Leone aid mission: A qualitative study. International Journal of Nursing Sciences. 6 (2) 187-191. 10.1016/j.ijnss.2019.03.007

Clark, D. & al.(2015). Long-term sequelae after Ebola virus disease in Bundibugyo.Uganda : a retrospective cohort study. Lancert Infectious Diseases. 15(8): 905-912 :10.1016/S1473-3099(15)70152-0

Clélia, G. (2010). Une géographie de la fièvre hémorragique à virus Ebola : représentations et réalités d'une maladie émergente au Gabon et en République du Congo. Thèse de doctorat en Géographie humaine. Université Paris 10.

Craig, S. (2015). Having and fighting Ebola- Public health lessons from a clinician turned patient.The New England Journal of Medicine. 372 (12) : 1089-91. 10.1056/NEJMp1501355.

Cros, M. (2015). Du Sida à Ebola : rites de mort à fonction apotropaïque. *L'autre, cliniques, cultures et sociétés.* 16 (3). 263-274.

Cyrus, A, K.(2016). Le rôle du Pharmacien dans l'humanitaire : Exemple de l'épidémie d'Ebola en Guinée. Thèse de Doctorat en Phamarcie, Université de Lorraine.

Daniel, G. (2015). Sequelae after Ebola virus disease: even when it's over it's not over.The Lancet/ Infect. 15(8):865-6. : 10.1016/S1473-3099(15)70165-9.

Desclaux, A. & Anoko, J. (2017). L'anthropologie engagée dans la lutte contre Ebola (2014-2016) : approches, contributions et nouvelles questions. *Santé Publique*, 4 (29) 477-485. https://doi.org/10.3917/spub.174.0477.

Desclaux, A., & Touré, A., (2019), L'ambivalence des médicaments : Un « Traitement qui tue » dans les centres de traitements Ebola. Actes du colloque de Ouida..Archives-ouvertes.fr, https://alshs. Archives-ouvertes.fr/halshs-02099227.

Diener, E., Suh, M., Lucas, E., & Smith, L. (1999). "Subjective well-being: Three decades of progress." Psychological Bulletin, 125(2), 276–302.

Dior, T. (2015). Perceptions et pratiques de prévention de la maladie a virus Ebola aux cscom asacodrab et asacotom de la commune iii. Thèse de Doctorat en Médecine.Université des Sciences, des techniques et technologie de Bamako,

Djiré, A. (2019). Evaluation des mesures de prévention de la maladie a virus Ebola au CHU du Point G. Thèse de doctorat en Médecine. Université des sciences, des techniques et des technologies de Bamako.https://www.bibliosante.ml/handle/123456789/4114.

Dong Ji & al. (2017). Prevalence of psychological symptoms among Ebola survivors and healthcare wolkers during the 2014-2015 Ebola outbreak in Sierra Leone: a cross-sectional study.Impact Journals/ Oncotarget. 8 (8) : 12784-12791 : 10.18632/oncotarget.14498.

Douare, M. (2015). Perceptions et pratiques de prévention reliées à la maladie à virus Ebola au Centre de santé de référence de la commune V du district. Thèse de doctorat en Médecine. Université des sciences, des techniques et des technologies de Bamako. https://www.bibliosante.ml/handle/123456789/835.

Dozon, J. (2017). La vérité est ailleurs. Complots et sorcellerie. Paris. Maison des Sciences de l'Homme.

Duda, R. (2020). 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), Société de pathologie exotique et Lavoisier SAS. 113 (12) 228-239. DOI 10.3166/bspe-2020-0140.

Durand, C.(2017). Essais d'évaluation du risque zoonotique associé aux virus Ebola à travers les données du terrain, expérimentales et de modélisation. Thèse de doctorant en Médecine Vétérinaire, Ecole Nationale Vétérinaire d'Alfort.

Durand, C.(2017). Essais d'évaluation du risque zoonotique associé aux virus ebola à travers les données du terrain, expérimentales et de modélisation.Thèse de Doctorat en Médecine Vétérinaire.Ecole Nationale vétérinaire d'alfort.

Eillen, E, C. (2017). A Mixed-Method Study of Aid Workers in Sierra Leone during the 2014-2015 Ebola Epidemic: Exploring Psychological Distress.. ProQuest LLC.18(1):251. : 10.1186/s12913-018-3072-3.

Eliza Y.L. Cheung. (2015). An outbreak of fear, rumours and stigma : psychosocial support for the Ebola Virus Disease outbreak in West Africa. Intervention 13(1) : 10.1097/WTF.00000000000000079.

Epelboin, A. (2014). Rapport de mission anthropologique sur l'épidémie d'Ebola : Isiro, R. D. Congo. OMS. 55.

Ernest, T. (2014). Non-conventional humanitarian interventions on Ebola outbreak crisis in West Africa : health, ethics and legal implications. Infectious Diseases of Poverty. 3, 42 (2014). https://doi.org/10.1186/2049-9957-3-42.

Etard, J., Sow, M., Leroy, S., Touré, A., Taverne, B., Keita, A., Yazdanpanah, Y. (2017). Multidisciplinary assessment of post-Ebola sequelae in Guinea (postebogui): an observational cohort study. Lancert Infect Diseases. 17(5) 545-552 : 10.1016/S1473-3099(16)30516-3.

Fadil, R.(2014). Fièvres hémorragiques virales : mythe ou réalité. Thèse de doctorat en Pharmacie.Université Mohamed V –SOUISSI.

Faye, S. (2015).L' « exceptionnalité » d'Ebola et les « réticences » populaires en Guinée-Conakry. Réflexions à partir d'une approche d'anthropologie symétrique, revue francophone d'anthropologie et santé, https://doi.org/10.4000/anthropologiesante.1796.

Fernandez, L. & Pedinielli, J. (2006). La recherche en psychologie clinique. Paris 84, Nathan.

Fiche du Congo. (2017). Liste des ethnies et tribus par territoire de la RDC. Population fdc. https//www.congoforum.be/fr/2017/liste-des-ethnies-et-tribus-par-territoire-de-la-rdc/.

Formenty, P. & al. (2003).l'épidémie de fièvre hémorragique à virus Ebola en République du Congo, Med Trop, 63 :291-295.

Franck, L. (2018). La santé en tant qu'élément de sécurité collective. Droit International et Santé/ SFDI.73-85,⟨hal-02144783⟩.

Freud, S. (1968). Essai de psychanalyse. Paris : Petite Bibliothèque Payot.

Gasquet, C.(2011). « Une géographie de la fièvre hémorragique à virus ebola : représentations et réalités d'une maladie émergente au gabon et en république du Congo ». Thèse de doctorat en géographie humaine. Université Paris Ouest Nanterre. https://doi.org/10.4000/amades.1317.

Gasquet-Blanchard.(2016). Ebola. Géographie d'une crise sanitaire (1994-2005). Rennes. Presses universitaires de Rennes.

Gerald, A. & Wal, D. (2015). Living under the constant threat of Ebola : a phenomenological study of survivors and family caregivers during an Ebola outbreak, The Journal of Nursing Research. *23* (3), 217-224. https://doi.org/10.1097/jnr.00000000000000116.

Greenberg, N. Wessely, S. & Wykes, T. (2015).Potential mental health consequences for workers in the Ebola regions of West Africa- a lesson for all challenging environments, Journal of Mental Health. 24 (1) : 1-3 : 10.3109/09638237.2014 .1000676.

Guay, S. Mainguy, N. & Marchand, A. (1996). *Les troubles liés aux événements traumatiques: Dépistage, évaluation et traitements.*Médecin de famille canadien, 48 (3) 512-517http://books.google.cd/books.Consulté le 16/11/2014.

Guay, S. Mainguy, N.& Marchand, A. (2006). Les troubles liés aux événements traumatiques. Médecin de famille canadien. *48.* Presses Universitaires de Montréal.

Havet, J,M. (2003). La culpabilité en psychiatrie. Les mots et les hommes. Act.Med.Int. 8/9 (20) 245-247.

Horowitz, M.J. (1986). Stress responsif syndromes. McFarlane, 39 ; Jason Aronson.

Howlett, P. & al.(2017).Neurological and psychiatric manifestations of post Ebola syndrome in Sierra Leone. The lancet, 389 (48) https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)30444-0

Huber, W. (1987). La Psychologie clinique aujourd'hui. abeBooks. 8. Mardaga.

Hughes, P. (2015). Mental illness and health in Sierra Leone affected by Ebola : lessons for health workers.13 (1) 45-84.

Hugo, M., Declerck, H., Fitzpatrick, G., Severy, N., Gbabai, O., Decroo, T., & Van Herp, M. (2015). Post-Traumatic Stress Reactions in Ebola Virus Disease Survivors in Sierra Leone. Emerg Med (Los Angel). 5 (1) 285. 10.4172/2165-7548.100028.

Iannaccone, A. & Cattaruzza, E. (2015). Le vécu subjectif dans la recherche en psychologie. 25 (06). https://doi.org/10.4000/rechercheformation.

Inter-Agency Standing Committe (IASC). (2020). Prise en compte des aspects psychosociaux et santé mentale de l'épidémie de Covid-19, Groupe de référence du CPI pour SMSPS dans les situations d'urgence, https://WWW.who.int/emergencies/novelcoronavirus-19

Ionescu, S. M., Blanchet, A., Montreuil, M. & Doron, J. (2006). *Psychologie clinique et psychopathologie.* Le pommier.2. PUF.

James M. Shultz, Florence Baingana and Yuval Neria. (2014).The 2014 Ebola outbreak and mental health : current status and recommended response. JAMA, 313 (6) 567-568, 10.1001/jama.2014.17934.

Jehel, L. & all .(2005). Validation de la version française de l'inventaire de détresse péritraumatique. Can J Psychiatry 2005, 50: 67-71.

Jehel, L., Brunet, A., Paterniti, S., Guelfi, J., Can, J. (2005). Validation de la version française de l'inventaire de détresse péritraumatique . Psychiatry, 50, (1).

Jehel, L., Brunet, A., Paterniti, S. & Guelfi, J. (2005). Validation de la version française de l'inventaire de détresse péritraumatique. Can J Psychiatry , 50: 67-71.

Jenicek, M. & Cleroux, R. (1980). Epidémiologie: principes, techniques et application. 6ième éd. Edisem.

Joffe, H. (2007). le pouvoir de l'image : persuasion, émotion et identification. Presses Universitaires de France. 217 (1) 102-115. ISBN 9782130561903,DOI 10.3917/dio.217.0102.

Johnson,M., Lange, V., Webb, A., Murphy, A. (1977). Isolation and partial characterization of a new virus causing acute haemorrhagic fever in zaire. Lancet

(Long. Engl). 1 (8011), 569-571. https://doi.org/10.1016/s0140-6736(77)92000-1.k.

Josse, E, & Dubois, V. (2009). Interventions humanitaires en santé mentale dans les violences de masse. 1ère éd. De boeck. Bruxelles.

Josse, E. (2011). Le traumatisme psychique chez les nourrissons, les enfants et les adolescents. De boeck. 1èrè. Bruxelles.

Josse, E. (2014). Le traumatisme psychique chez l'adulte. 2ieme éd. : De boeck. Bruxelles.

Josse, E. (2016). Les humanitaires face à Ebola quand tombent les masques. Journal de médecine légale. 3 (58 203) 195.

Joxe, L. (2019). les ressorts de l' (in)satisfaction : le cas du personnel international humanitaire. Thèse de doctorat en sociologie. Université Paris Sorbone cité. https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-03281513.

Kaes, R. (2020). « Notes sur les espaces de la réalité psychique et le malêtre en temps de pandémie. » *Revue Belge de Psychanalyse*, 2(77), 11-14.

Kamara, S., Walder, A., Duncan, J., Kabbedijk, A., Hughes, P., Muana, A. (2017). Soins de santé mentale pendant l'épidémie de la maladie à virus Ebola en Sierra Leone. Bulletin Organisation Mondiale de la Santé. 95(12): 842–847.: 10.2471/BLT.16.190470 1.

Keita, M, M. &al.(2016). Psychological and psychotherapeutic study Elsevier Masson SAS…….

Keita, M., Doukouré, M., Chantereau, I., Sako, F., Traoré, F., Soumaoro, K., Diallo, M. (2017). Les survivants de l'épidémie récente de la maladie à virus Ebola au service de psychiatrie de l'hôpital national Donka en Guinée-Conakry : étude psychopathologique et psychothérapeutique. EvolPsychiatr. 82 (1) 127-142.10.1016/j.evopsy.2016.07.004.

Keita, M., Taverne, B., Sy Savané, S., March, L., Doukoure, M., Sow, M., Delaporte, E. (2017). Depressive symptoms among survivors of Ebola virus disease in Conakry (Guinea): preliminary results of the postEboGui cohort (2017), BMC Psychiatry.17(1) 2-9 : 10.1186/s12888-017-1280-8.

Klein, D. N.& Riso, L. P. (1993). Psychiatric disorders: problems of boundaries and comorbidity. 2ième éd. Costello.

Krueger, R. F. & Markon, K. E. (2006). Reinterpreting comorbidity: A model-based approach to understanding and classifying psychopathology. Annual Review ofClinical Psychology. 2006 (2) 111-133. https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy.2.022305.095213.

Kuklane, K. & al. (2015). Ebola: Improving the Design of Protective Clothing for Emergency Workers Allows Them to Better Cope with Heat Stress and Help to Contain the Epidemic. Letter to the Edithor Editorial Note. 59 (2) 258-261. doi:10.1093/annhyg/mev003 258.

Lachance, K., Santos, A. & Burns, B. (1994). Brief program report. The reponse of an assertive community treatment program following a natural disaster, community mental health journal, 30.(5) .505-515.

Lainé, M.O., (2016). Ailleurs en Ebola : de l'enquête ethnographique au récit de voyage. ConaKry. L'Harmattan.

Langevin, V., François, M., Boini, S. & Riou, A. (2011). « General Health Questionnaire. »Document pour le médecin de travail/INRS. 128, 677-682.

Larousse. (2008).Dictionnaire de français. 8è éd.: Larousse.

Lauren Epstein., Wong, K., Kallen, A., & Uyeki, T.(2015). Post-Ebola signs and symptoms in U.S. survivors. The New England Journal of Medicine. 373 (25) : 2484-2486. : 10.1056/NEJMc1506576.

Le Marcis, F., (2015). « Traiter le corps comme des fagots » Production sociale de l'indifférence en contexte Ebola (Guinée), openEdition, http://doi.org/10.1000/anthropologiesante.1907.

Le texier, M. & al. (2015). L'impact du risque d'Ebola sur les représentations de soignants. L'exemple des établissements de santé de référence en France. Ecole des hautes études en santé publique.

Lecomte, Y. & Lefebvre, Y.(1986). L'intervention en situation de crise, santé mentale au Quebec, 11(2), 122-142. https://doi.org/10.7202/030352ar.

Lehmann, M., Bruenahl, C., Addo, M., Becker, S., Schmiedel, S., Lohse, A. & Lowe, B. (2015). Acute Ebola virus disease patient treatment and health-related quality of life in health care professionals: A controlled study, Elsevier, Journal of Psychosomatic Research. 83, 69–74. https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2015.09.002.

Lehmann, M., Bruenahl, C., Lowe, B., Addo, M.,Schmiedel, S., Lohse, A. &Schramm,C. (2015) "Ebola et stress psychologique des professionnels de santé.". Maladies infectieuses émergentes. 21(5) 913-914. 10.3201/eid2105.141988.

Leonce, C.(2015). Défis, mythes et enjeux d'une crise sanitaire vue au travers de la récente épidémie de fièvre hémorragique Ebola, mémoire de licence en Biologie, Université des sciences et technologies.

Li, L., Wan, C., Ding, R., Liu, Y., Chen, J., Wu, Z. & Li, C. (2015). Mental distress among Liberian medical staff working at the China Ebola Treatment Unit: a cross sectional study. Health and Quality of Life Outcomes. 13(1) 156. https://doi.org/10.1186/s12955-015-0341-2.

Lorenzo, P.& al. (2017). Reflections on the Ebola public health emergency of international concern, part 2 : the unseen epidemic of posttraumatic stress among health-care personnel and survivors of the 2014-2016 Ebola outbreak.Journal of Global Infectious Diseases. 9(2):45-50. : 10.4103/jgid.jgid_24_17.

Louville, P. & Salmona, M. (2013). Traumatismes psychiques : conséquences cliniques et approche neurobiologique. Le traumatisme du viol dans la Revue Santé Mentale. 176. http://memoiretraumatique.org.

Louville, P., Salmona, M., (2013).Traumatismes psychiques : conséquences cliniques et approche neurobiologique. http://memoiretraumatique.org in dossier : Le traumatisme du viol dans la Revue Santé Mentale de mars 2013 176

Lyman C, W. (2007). Transformation of the field of family and schizophrenia. The New Press.46(2):143-49

Malcolm, C. (2017).the psychological effects of working at an Ebola treatment centre, British Journal of Nursing. 26(3):178-179. : 10.12968/bjon.2017.26.3.178.

Maltais, D., Lachance, L., Fortin, M., Lalande, G., Robichaud, S., Fortin, C. & Simard, A. (2000), l'état de santé psychologique et physique des sinistrés des inondations de juillet 1996 : étude comparative entre sinistrés et non sinistrés,Santé mentale au Quebec, 25(1), 116-137. http://doi.org/10.7202/013027ar.

Margaret Chan. (2014). Ebola virus disease in West Africa-No early end to the outbreak. The New England Journal of Medicine. 371 (13) : 1183-1185.: 10.1056/NEJMp1409859.

Markel H. (2014). Ebola fever and global health responsibilities. The Milbank quarterly, 92(4), 633–639. https://doi.org/10.1111/1468-0009.12084.

Maud, R. (2017).Le virus Ebola : impact de l'épidémie de 2014-2016 sur la recherche, Thèse de doctorant en Pharmacie. Université de Lorraine. https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01932482.

Mbaye, E., Kone, S., Kâ, O. & Mboup, S. (2017). Évolution de l'implication des communautés dans la riposte à Ebola. *Santé Publique*, 29, 487-496. https://doi.org/10.3917/spub.174.0487

Ministère de la Santé Publique République Démocratique du Congo (2009). Rapport de la gestion de l'épidémie de fièvre hémorragique virale à Ebola dans les zones de santé de Mweka et de Luebo. Province du Kasaï Occidental en 2008. Ministère de la Santé Publique.

Ministère de la Santé, Rd Congo (2020), rapport de l'épidémie de la Maladie à Virus Ebola Equateur 2020. Ministère de la Santé Publique.

Mohamed, F.& al. (2017).Assessments of Ebola knowledge, attitudes and practices in Forécariah, Guinea and Kambia, Sierra Leone, July–August 2015, Series B, Biological sciences, 372 (1721): 20160304.: 10.1098/rstb.2016.0304.

Moulin, A.M.,(2015), L'anthropologie au défi de l'Ebola, openEditionjournals, (11) http://doi.org/10.4000/anthropologiesanté.1954.

Moulin,A, M. (2015). « L'anthropologie au défi de l'Ebola ». *Anthropologie & Santé*. https://doi.org/10.4000/anthropologiesante.1954.

Muyembe Tamfum, J. (2017). Les faits marquants sur la gestion de l'épidemie de fièvre hémorragique Ebola de Kikwit 1995. Mediaspaul. 295. Kinshasa.

Myers, A. & Hansen, C. (2008). *Psychologie Expérimentale.*Bruxelles: Deboeck.

Ngade, I. & al. (2016). Laver Ebola, Stress environnemental, rumeur et réponse ethnomédicale dans une épidémie mortelle. Chanteur Merrill. https://doi.org/10.1002/9781118786949.ch8.

Nicastri, E. (2016). Temporary neurocognitive impairment with Ebola virus. J Neurol Neurosurg Psychiatry. 87(12):1386-1387: 10.1136/jnnp-2016-313695.

Nicolaï, H. (1964). Naissance d'une région en Afrique centrale : Le Kwilu .Les Cahiers d'Outre-Mer 17 (67). 292-313.

Nicole, J. & al.(2016).Travel and Border Health Measures to Prevent the International Spread of Ebola, Supplements. 65(3):57-67 : http://dx.doi.org/10.15585/mmwr.su6503a9.

Ohuabunwo, C. & al. (2017). Clinical profile and containment of the Ebola virus disease outbreak in two large West African cities, Elsevier/ International Journal of Infectious Diseases, 53 (12) 23-29. 10.1016/j.ijid.2016.08.011

Omoleke, S. A., Mohammed, I., & Saidu, Y. (2016). Ebola Viral Disease in West Africa: A Threat to Global Health, Economy and Political Stability. *Journal of public health in Africa*, *7*(1), 534. https://doi.org/10.4081/jphia.2016.534.

OMS. CMB. WVI. & UNICEF. (2014). Les premiers secours psychologiques pendant l'épidémie de la maladie à virus Ébola : Manuel destiné à l'animateur (version provisoire). http://tinyurl.com/PFA-Eb-Fr.

Organisation mondiale de la Santé (2002). Rapport sur la santé dans le monde 2002. Oms262 : https://apps.who.int/iris/handle/10665/42522.

Organisation Mondiale de la Santé (2007). *Briefing des commissions techniques épidémies FHV Ebola* de *Mweka.* OMS. 11.

Organisation Mondiale de la Santé ms. (2005). Flambée de fièvre hémorragique à virus Ebola à Yambio, sud du Soudan, avril-juin 2004, Weekly Epidemiological Record, 80(43), 370-374.

Organisation Mondiale de la Santé. (2001). Santé mentale, les ministres appellent en action, Genève, WHO/NMH/MSD/WHA/01.1 www.who.int/mental health.

Organisation Mondiale de la Santé. (2005). Soins cliniques pour les survivants de la maladie à virus ebola, OMS, 16 (2) 32 https://apps.who.int/iris/handle/10665/208885.

Organisation Mondiale de la Santé. (2014). Mental health atlas. Geneva: WHO.

Organisation Mondiale de la Santé. (2015). Préparation de la Côte d'Ivoire face à la maladie à virus Ebola : mission de l'équipe OMS d'appui à la riposte et à la préparation, octobre 2014.Relevé épidémiologique hebdomadaire, *90* (08), 62 - 66. https://apps.who.int/iris/handle/10665/242321.

Organisation Mondiale de la Santé. (2015). Santé mentale et soutien psychosocial dans les flambées de maladie à virus Ebola, IASC Référence Group on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings.

Organisation Mondiale de la Santé. (2016-2017). Rapport biennal de la directrice régionale, OMS Région africaine, 2017.67(2) 65 https://apps.who.int/iris/handle/10665/260407.

Organisation Mondiale de la Santé. (2020).la situation du personnel infirmier dans le monde. Organisation Mondiale de la Santé, 3 (32) 978-4-000920-2

Organisation Mondiale de la Santé. (2022). Mental Health and COVID-19: Early evidence of the pandemic's impact. Geneva: Organisation Mondiale de la Santé.

Organisation Mondiale de la SantéMS. (2016).L'action de l'OMS dans les situations d'urgence graves et de grande ampleur, Organisation mondiale de la Santé. 69 (26) https://apps.who.int/iris/handle/10665/252883.

Paladino, L. & al. (2017). Réflexions sur l'urgence de santé publique Ebola de portée internationale, partie 2 : L'épidémie invisible de stress post-traumatique parmi le de santé et les survivants de l'épidémie d'Ebola de 2014 – 2016. Journal of Global Infectious Diseases. 9 (2) 45-50. Doi:10.4103/jgid.

Park, S.& Akello, G. (2017). La nécessité des soins: la peur, le stress et la prestation de soins pendant l'épidémie d'Ebola de 2000 – 2001 à Gulu, en Ouganda. Sciences sociales et médecine. 194 (1) 60-66. https//doi.org/10.1016/j.

Pedinielli, J.L. (2005). *Introduction à la psychologie clinique.* 3ième éd : Armand colin.

Picazo, E. & Giordanetto, F., (2015). Inhibiteurs de petites molécules de l'infection par le virus Ebola. Elsevier. 20 (2) 277-286. https://doi.org/10.1016/j.drudis.2014.12.010.

Prati, G. & Pietrantoni, L. (2016). Knowledge, Risk Perceptions, and Xenophobic Attitudes: Evidence from Italy During the Ebola Outbreak. *Risk analysis :Risk Analysis*, *36*(10), 2000–2010. https://doi.org/10.1111/risa.12537.

Prince, M., Patel, V., Saxena, S., Maj, M., Maselko, J., Phillips, M., & Rahman, A. (2007). No health without mental health. The Lancet, 370 (9590) : 859-877. : 10.1016/S0140-6736(07)61238-0.

Pritish, K, T. &Sampathkumar P. (2014). What clinicians should know about the 2014 Ebola outbreak, Mayo Clinic proceedings 89 (12) : 1710-1717. : 10.1016/j.mayocp.2014.10.010.

Qureshi, A. & al. (2015) . Study of Ebola virus disease survivors in Guinea. Clin Infect Dis,; 61(7) : 1035-42. : 10.1093/cid/civ453.

Reardon, S. (2015). Ebola's mental-health wounds linger in Africa, Nature. 519, 13-14 (2015). https://doi.org/10.1038/519013a.

République Démocratique du Congo. (2017). Fiche technique de l'Ituri. Agence des zones economiques spéciales. https//www.azes-rdc.com/index.php ? idart.

République Démocratique du Congo. (2021). Carte des zones de santé. FormatMap. OCHA, RGC et PAM Feedback : ochadrc@un.org www.unocha.org www.unocha.org/drc www.humanitarianresponse.info www.reliefweb.int.

République Démocratique du Congo.(2018). Bibliotheque virtuelle de la rdc. https//www.congovirtuel.com/page-province.

Rodriguez, L. & al. (1999). Persistence and genetic stability of Ebola virus during the outbreak in Kikwit 1995. J Infect Dis, 179 (1): 170-176.

Roussillon, R. (2018). Manuel de psychologie et de psychopathologie clinique générale. 3 éd, Elsevier Masson. ISBN : 9782294755095.

Rupa, J. Holman, A. & Roxane, C.(2017). The importance of the neighborhood in the 2014 Ebola outbreak in the united states :ditress, worry, and functioning. Health psychology/American Psychological Association. *36* (12), 1181-1185. https://doi.org/10.1037/hea0000518.

Ryan, M. & Deci, L. (2001). "On happiness and human potentials: A Review of Research on Hedonic and Eudaimonic Well-Being."Annual Review of Psychology, 52, 141–66.

Ryff, C.D. (2017). "Eudaimonic well-being, inequality, and health: Recent findings and future directions." International Review of Economics, 64(2), 159-178. DOI:10.1007/s12232-017-0277-4.

Salmona, M. (2012). Mémoire traumatique et conduites dissociantes. In Coutanceau R, Smith J (eds.). Traumas et résilience. Paris : Dunod.

Sandra, P. (2015). Ebola and mental health. Issues in Mental Health Nursing, 36:4, 247-248: 10.3109/01612840.2015.1023616.

Schultz,J. & al, (2016).The role of fear-related behaviors in the 2013-2016 West Africa Ebola virus disease outbreak, Curr Psychiatry Rep. 18(11), 104. https://doi.org/10.1007/s11920-016-0741.

Shannon, A. & al. (2016). Healthcare providers on the frontlines: a qualitative investigation of the social and emotional impact of delivering health services during Sierra Leone's Ebola epidemic, Health Policy and Planning. 31(9) : 1232-9. : 10.1093/heapol/czw055.

Sillamy, N. (1983). *Dictionnaire usuel de psychologie*. Paris : Bordas I.S.B.N. 2-04-015330-6.

Sinclair, & L.E.Tetrick (Eds.). Research methods in occupational health psychology, measurement, design and data analysis 76–90. New York: Routledge.

Sow, S. & al. (2016). Ebola en Guinée : formes de la stigmatisation des acteurs de santé survivants. Bull. Soc. Pathol. Exot. 109**,** 309–313. https://doi.org/10.1007/s13149-016-0510-5.

Stephan, U. (2018). "Entrepreneurs' mental health and well-being : a review and research agenda." Academy of Management Perspectives, 32(3), 290-322.

Thurin, J. & Baumann, N. (2003). Stress, pathologies et immunité. 1 ère Ed. : Flammarion.

Tol WA. & al. (2011). Mental health and psychosocial supporting humanitarian settings; linking practice to evidence. TheLancet, 378 : 1581-1591.

Tucci, V. & al. (2017).The forgotten plaque: psychiatric manifestations of Ebola, Zika, and Emerging Infectious deseases, J Glob Infect Dis, 9(4):154-156, :10.4103/jgid 66 17..

Van Bortel, T. & al. (2016). Effets psychosociaux d'une épidémie d'Ebola aux niveaux individuel, communautaire et international. Bulletin de l'Organisation mondiale de la santé. *94* (3), 210 - 214. http://dx.doi.org/10.2471/BLT.15.158543.

Vercruysse, B. (2021). Etude de l'impact traumatique du second confinement suite au Covid-19 sur les parents et leurs enfants ainsi que sur le sentiment de compétence parentale. Mémoire de Master en psychologie Clinique. Université de Liège. http://hdl.net/2268.2/12195.

Vermeiren, E. (2009). Les événements traumatogènes. Revue francophone Stress et trauma. 9(4) : 214-217.

Vermersch, P. (2012). *Explicitation et phénoménologie.* Paris. PUF.

Vernables, E. (2017). « Bombes atomiques » à Monrovia, Libéria : L'identité et la stigmatisation des survivants d'Ebola. Anthropologie en action. 24 (2) 8. https://doi.org/10.3167/aia.2017.240205.

Vetter, P. (2016). Sequelae of Ebola virus disease: the emergency within the emergency, Lancet Infect Dis. 16 (6) 82-91https://doi.org/10.1016/S1473-3099(16)00077-3.

Vyas, K., Delaney, E., Webb-Murphy, J. & Johnston, S. (2016). Psychological impact of deploying in support of the U.S response to Ebola: a systematic review and meta-analysis of past outbreaks, Military Medecine.181 (11-12) 1515-1531, https://doi.org/10.7205/MILMED-D-15-00473.

Wahlbeck, K., Westman, J., Nordentoft, M., Gissler, M., & Laursen, T. (2011). Outcomes of Nordic mental health systems: life expectancy of patients with mental disorders. British Journal of Psychiatry, 199 (6): 453-458.: 10.1192/bjp.bp.110.085100.

Warr, P. (2013). "How to think about and measure psychologicalwell-being." In M. Wang, R. R.

Wilson, S, Guliani, H & Boichev, G. (2016). Plan d'action sur les blessures de stress post-traumatique. 1ére éd.: Zoe.

Winnicott, D.W. (1973). "Fear of Breakdown." *Int. Rev. Psychoanal*. 1, 1973 (trad.franc. « La crainte de l'effondrement ». In : *La crainte de l'effondrement et autres situations cliniques*. Paris : Gallimard, 2000).

Yadav, S. & Rawal, G. (2015). The current mental health status of Ebola survivors in Western Africa. Journal of Clinical and Diagnostic Research, 9 (10) :1-2: 10.7860/JCDR/2015/15127.6559.

PRODUCTIONS SCIENTIFIQUES ISSUES DU PROJET MALADIE A VIRUS EBOLA ET SANTE MENTALE DES COMMUNAIUTES

1. Cénat, J.M., McIntee, S-E., Guerrier, M., Derivois, D., Rousseau, C., Dalexis, R.D., Bukaka, J., & **Balayulu Makila, O.** (2020). "Psychological distress among adults from the urban and rural areas affected by the Ebola virus disease in the Democratic Republic of the Congo." *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, https://doi.org/10.1007/s00127-020-01904-x.

2. Cénat, J.M., **Balayulu Makila, O**., Derivois, D., Felixx, N., Mukunzi, J.N., Bukaka, J., Birangui, J-P., & Rousseau, C. (2019). "The Mental Health Professional at the Feet of the Ebola Virus: Individual Treatment and Global Mental and Public Health Challenges." *British Journal of Psychiatry*, 215 (4), 577-578.

3. Cénat, J.M., Noorishad, P-G., Kokou-Kpolou, K.C, Rousseau, C., Derivois, D., Bukaka, J., **Balayulu Makila, O**., & Guerrier, M. (submitted). "Prevalence and Risk Factors of Depression among Populations Affected by Ebola Virus Disease in the Democratic Republc of the Congo." *The Lancet Psychiatry*.

4. Cénat, J.M., Kokou-Kpolou, K.C, Mukunzi, J.N., Noorishad, P-G., Rousseau, C., Derivois, D., Bukaka, J., **Balayulu Makila, O**., & Guerrier, M. (submitted). "Ebola Virus Disease, Stigmatization, Peritraumatic Distress and Posttraumatic Stress Disorder in the Democratic Republic of the Congo: A Moderated Mediation Model." *Journal of Affective Disorders*.

5. Cénat,J.M., Rousseau, C., Dalexis, R.D., **Balayulu Makila, O**., Derivois, D., & Bukaka, J. (submitted). "Knowledge and Misconceptions related to the Ebola Virus Disease in a representative sample of adults in the affected communities during the 2018 Equateur Province Outbreak in the Democratic Republic of the Congo : The Snake under the table of prevention." *Health Education & Behavior*.

6. Cénat, J.M., Farahi, S. M. M. M., Dalexis, R. D., Darius, W. P., Bukaka, J., **Balayulu Makila, O**., ... & Rousseau, C. (2022). "Mental Distress before and during the COVID-19 Pandemic: A Longitudinal Study among Communities Affected by Ebola Virus Disease in the DR Congo." *Psychiatry Research*, 11, 46-54.

7. **Balayulu Makila, O. et Maltais Stéphanie. (Santé Publique : rsp 22O268, Confirmation de soumission),** « Souffrance des soignants face à Ebola et la COVID-19 en République Démocratique du Congo.

Annexes

Annexe 1 : Cas Cliniques

Cas 1. TIKAKAKA ABOTA NACTE (TAN)

1.1. Introduction

Le pseudonyme « **TIKAKAKA ABOTA NA CTE » « TAN »,** en sigle, est écrit en lingala, une des quatre langues nationales de la République Démocratique du Congo et langue maternelle de la personne infectée. Littéralement, il signifie « *laisse-la mettre au monde au CTE* », il traduit le vécu subjectif de la patiente en présence. Il s'agissait d'une femme enceinte, cas confirmé, dont la grossesse était à terme au CTE. Ce dernier ne remplissait pas toutes les conditions nécessaires pour que cette femme enceinte y mette au monde, mais compte tenu de la dangerosité de sa maladie, la hiérarchie avait fini par décider qu'elle mette au monde seulement au CTE. Et, elle avait bel et bien mis au monde au CTE. Malheureusement, elle trouva la mort quelques jours après l'accouchement et l'enfant qui était également confirmé au Virus Ebola, décéda lui aussi huit jours après sa naissance.

Le cas TAN est issu de la 6ème épidémie de la MVE sur les 15 qu'a connues la Rd Congo, épisode qui a sévi en 2012 dans l'ancienne Province Orientale, actuelle Province de Haut Uélé, dont Isiro est le chef-lieu et épicentre de l'épidémie.

1.2. Identité

TIKAKAKA ABOTA NACTE (TAN) était âgée de 29 ans. Mariée et mère de quatre enfants, elle était porteuse d'une grossesse presque à terme au CTE. Elle n'avait pas été à l'école. Elle a été déclarée cas suspect pour avoir présenté des symptômes semblables à la maladie à virus Ebola notamment : la fièvre, les courbatures, les vomissements, l'asthénie et, aussi, pour ses liens épidémiologiques, car elle avait perdu sa mère avec la même maladie à virus Ebola. Malheureusement, le laboratoire avait confirmé la présence du virus Ebola dans son sang.

TAN habitait dans un village situé à une trentaine de kilomètres d'Isiro, l'épicentre de la 6eme épidémie de la maladie à virus Ebola, dans l'ancienne Province Orientale, l'actuelle Province de Haut-Uélé en Rd Congo.

1.3. Présentation des plaintes

La patiente était suivre pour la toute première fois dans un centre de santé où elle était admise lorsqu'elle était déclarée cas suspect. En ce moment-là, le travail des psychologues avait consisté à faire une préparation psychologique avant son transfert au CTE. Ensuite, le travail avait continué au CTE où elle était transférée. Vu son état, toutes les rencontres se faisaient en EPI.

La famille de TAN a été visitée plusieurs fois par l'équipe d'intervention psychosociale après la perte de leur mère. Et TAN avait été suivie au centre qui l'avait reçue en premier lieu parce qu'elle ne voulait pas être transférée au CTE. Arrivée au CTE, TAN n'était pas coopérative et prenait difficilement les médicaments, alors que sa prise en charge portait aussi sur la préparation de son accouchement parce qu'elle avait déjà des douleurs d'enfantement.

1.4. Histoire

TAN était une femme ménagère et aussi cultivatrice. Elle était garde-malade de sa mère atteinte de la maladie à virus Ebola, et qui fut décédée par la suite avant même que la maladie ne soit connue. TAN était active lors des funérailles de sa défunte mère. C'est dans ces circonstances, comme garde-malade de sa mère et organisatrice principale des cérémonies de funérailles de celle-ci, que TAN s'était fait infectée. Au CTE, elle avait donné naissance à un garçon avant qu'elle ne meure trois jours après. Né d'une mère atteinte, l'enfant mourra aussi huit jours après sa naissance.

La prise en charge de TAN avait commencé avec les visites à domicile, en tant que membre de la famille éprouvée. Ensuite, l'intervention avait continué quand elle était admise dans un centre hospitalier de la place, pour terminer, enfin, comme malade déclarée au virus Ebola.

1.5. Evaluation

La mort de sa défunte mère ne l'avait jamais quittée, elle ne cessait de la pleurer du jour au lendemain. Et quand elle-même avait commencé à présenter des signes, puis transférée au CTE, elle disait qu'elle allait suivre sa mère. Et, c'est ce qui arriva. Elle trouva la mort trois semaines après. Eu égard à ce qui précède, les psychologues avaient posé le diagnostic du traumatisme psychique et de deuil compliqué. Ils ont recouru, pour ce faire, aux entretiens cliniques directs et indirects.

1.6. Conceptualisation du cas

Pour intervenir, la complexité de la situation de Tikakaka Abota NACTE avait amené les psychologues à porter le choix sur la psychothérapie de soutien, où la patiente devrait être soutenue dans le vécu douloureux de sa maladie et de sa grossesse, où son désir variait avec sa maladie ainsi que son accouchement qui se compliquait de plus en plus. Tout autour d'elle, il y avait des personnes en EPI pour la faire accoucher. En plus, un travail de reconstruction mentale familiale a été initié pour réduire la distance affective entre le sujet et sa famille qui ne pouvait pas la voir. Ce travail consistait essentiellement créer l'existence d'une interaction communautaire entre les deux parties.

La patiente n'avait pas eu le temps de comprendre, de façon concrète, sa situation suite à la complication d'abord de la maladie, puis de sa grossesse ainsi que de son accouchement qui l'avait amenée dans un état comateux.

De son attitude, elle attendait tout du personnel soignant, elle l'exprimait en ces termes : « *dite moi ce que je vais faire pour être sauvé de cette maladie* ».

Parce que, l'atteinte morbide de la patiente était tellement importante et profondément associée à certains facteurs de complications dues à la grossesse, étant donné qu'elle était à terme et devait accoucher. Profeonde aussi a été la régression, cela a fait que la patiente soit attachée aux professionnels et adhère facilement au traitement. Malheureusement, cette dernière a succombé, malgré son transfert positif.

1.7. Déroulement du traitement et évaluation des progrès

La patiente avait été reçue d'abord dans un des centres de santé de la place où elle avait été admise pour la toute première fois (une seule séance) pour des raisons des malaises. C'est après avoir présenté quelques symptômes semblables à la maladie à virus Ebola qu'elle était suspectée de porter le virus Ebola. Cette première séance avait consisté à préparer psychologiquement la patiente à être transférée au CTE, où la psychothérapie de soutien avait été privilégiée pour soutenir la patiente à continuer à faire face à sa maladie et aux conditions de sa grossesse et, ainsi, à préparer son accouchement. Les membres de famille présents au CTE étaient également soutenus. Un travail de maintien des liens familiaux était également privilégié.

La patiente avait été reçue au Centre de santé comme cas suspect pour une préparation psychologique avant son transfert au CTE, où elle avait été reçue comme cas confirmé, au moins 1 à 2 fois par jour, pendant deux semaines. Après sa mort, la prise en charge avait continué à domicile au profit de son mari et de ses enfants pour un travail de deuil et de soutien psychologique. Au total, 13 séances avaient été réalisées avec la personne infectée, dont 1 au centre de santé avant d'être admise au CTE et 12 séances au CTE. 6 autres séances à domicile avaient été organisées pour le soutien psychologique de la famille, en raison de 3 séances par semaine. La durée des séances variait, selon les lieux, de 10 à 30 minutes.

1. 8. Facteurs de complication

Certains facteurs, liés à l'état de la personne malade, à la nature de la maladie, et aux conditions générales de la gestion de l'épidémie, avaient compliqué la prise en charge de la victime, notamment l'état de la grossesse presque à terme et l'accouchement dans le CTE, les souffrances physiques, le port de combinaison pendant les entretiens et le décès de la patiente et de son enfant.

1.9. Accès et obstacles aux soins

S'il y a eu des facteurs de complication de soins avec la patiente d'autre part, certains facteurs avaient facilité la prise en charge, c'est le cas notamment de la présence permanente de la patiente au CTE, qui avait permis aux psychologues de pouvoir la visiter plusieurs fois et de faciliter la collaboration entre professionnels pour la prise en charge de ce cas, ainsi que la collaboration avec les personnes ressources de la famille.

Quant aux facteurs ayant gêné la prise en charge avec la patiente, il sied d'indiquer que son isolement et l'absence de confidentialité dans cette prise en charge n'avaient pas permis d'aller en profondeur avec elle. Et ce, parce que tous les malades confirmés Ebola étaient logés dans une même salle.

1.10. Suivi

De nature, TAN fut une personne proche des autres et, par conséquent, très sensible. Elle se laissait facilement entrainer par ses émotions au début de sa maladie. Grâce à un soutien psychologique permanent, elle était parvenue, tant soit peu, à faire face à la maladie, lui facilitant ainsi l'accouchement malgré son état. Elle était morte calmement, sans agitation.

1.11. Conséquences de l'affaire sur le traitement

Ce cas, d'une complexité extrême, avait appris beaucoup aux psychologues. En fait, il s'était agi d'une femme enceinte qui venait de perdre plusieurs membres de sa famille avec la maladie à virus Ebola, entre autres, sa mère. Et elle-même, avait souffert aussi de la même maladie et était porteuse d'une grossesse de sept mois ayant entrainé des douleurs d'enfantement une semaine après son isolement. Donc, les psychologues étaient devant une patiente qui avait plusieurs problèmes de santé à la fois. Face à une situation complexe pareille, et à la gestion simultanée de plusieurs problèmes à la fois, en tant que psychologue, nous avions hiérarchisé nos objectifs de prise en charge, en identifiant la hiérarchie des besoins et ce qui était réalisable pour la patiente.

Ce qu'il faut aussi savoir, en tant que psychologue, est que pendant l'épidémie de la maladie à virus Ebola, nous assistons à plusieurs systèmes interprétatifs de ces représentations dans les communautés. Le système dominant, dans le contexte Ebola, correspond à une représentation exogène dans laquelle la maladie à virus Ebola est liée à une agression de l'individu par un agent extérieur, accessible à des traitements externes. II s'oppose à une représentation endogène due à un déséquilibre et à un dysfonctionnement à rétablir.

C'est pour dire que plusieurs éléments constitutifs de la culture de la société concernée vont agir sur la santé des individus. C'est ainsi que pendant l'épidémie de la maladie à virus Ebola, le psychologue doit bien connaître son patient dans sa dimension anthropo-socio-psychologique, afin de traduire la plainte au-delà d'une interprétation purement médico-psychologique.

La dépouille mortelle de TAN était exposée dans la parcelle familiale, où elle avait été enterrée avec le concours des membres de la famille et de la société.

1.12. Recommandations aux cliniciens et chercheurs psychologues

Dans la littérature psycho-anthropologique, la culture est l'un des systèmes constituant l'environnement du sujet malade qui influence fortement la relation de soins psychologiques.

Le psychologue peut donc s'attacher à comprendre les interactions qui existent entre les différents protagonistes du système familial du malade. Il appartient à un « système thérapeutique » en prenant la fonction du psychologue de famille, s'affiliant et s'accommodant au départ de son mode de fonctionnement. Diverses situations ont ponctué une dimension systémique dans la relation avec TAN avec les psychologues, notamment la consultation familiale, la consultation parents-enfant et le problème de couple.

Analyse de cas : TIKAKAKA ABOTA NACTE (TAN)

TAN est une femme âgée de 29 ans. Mariée et mère de quatre enfants, elle était porteuse d'une grossesse presque à terme au CTE. Elle était déclarée cas suspect pour avoir présenté la fièvre, les courbatures, les vomissements, l'asthénie et, aussi, pour ses liens épidémiologiques, car elle avait perdu sa mère avec la même maladie à virus Ebola. Malheureusement, le résultat de laboratoire avait confirmé la présence du virus Ebola dans son sang.

TAN habitait dans le village Bede situé à une trentaine de kilomètres d'Isiro, l'épicentre de la 6eme épidémie de la maladie à virus Ebola, dans l'ancienne Province Orientale, l'actuelle Province du Haut-Uélé en Rd Congo.

TAN était vue par le clinicien psychologue pour la toute première fois dans un centre de santé de la place où elle était admise lorsqu'elle était déclarée cas suspect. A ce moment-là, le travail avait consisté à faire une préparation psychologique avant son transfert au CTE. Ensuite, le travail avait continué au CTE où elle était transférée. Vu son état, toutes les rencontres se faisaient en EPI.

La famille de TAN a été visitée plusieurs fois par l'équipe d'intervention psychosociale après la perte de leur mère. Et TAN avait été vue au centre qui l'avait reçue en premier lieu parce qu'elle ne voulait pas être transférée au CTE. Arrivée au CTE, TAN n'était pas coopérative et prenait difficilement les médicaments, alors que sa prise en charge portait aussi sur la préparation de son accouchement parce qu'elle avait déjà des douleurs d'enfantement.

TAN a vécu l'expérience d'Ebola dans un contexte où elle attendait famille. C'est dans ces conditions d'attente, bouleversées en amont par le décès de sa mère, que TAN et toute sa famille ont été amenées, coutumièrement à organiser et observer le deuil en mémoire de cet être cher. C'est pendant l'observation de cette phase de deuil de sa très chère défunte mère que le diagnostic de la même maladie ayant été à la base de la mort de sa mère et d'autres membres de la famille lui est posé.

L'expérience du vécu d'Ebola par TAN est traumatique, complexe et caractérisée par des questionnements de nature anxieuse, comme elle-même l'avait exprimé : « *les malheurs ne viennent jamais seuls* ». Des événements qui ont dépassé son psychisme et ses capacités d'adaptation entravant ainsi toute possibilité de trouver les solutions adéquates. Ebola est cependant vécu comme un malheur et un mauvais sort jeté dans sa famille.

TAN est très dépendante dans la vie. Il s'agit d'une femme qui cherche toujours la proximité et la chaleur sociale des autres, une tendance solidement organisée. Toutefois, tous les manquements de ses objets attendus et privilégiés (son bébé, sa mère, ses frères et sœurs décédés

et autres activités) générés par Ebola l'ont rendue extrêmement vulnérable et fragile du point de vue de sa personnalité.

Pour TAN, la Maladie à Virus Ebola est perçue comme une voie qui mène vers la mort, référence faite et renforcée par l'accumulation des décès enregistrés dans sa famille et dans la communauté. Ceci a augmenté son angoisse car elle voyait sa mort proche. Dans un premier temps, TAN a nié l'existence du virus Ebola dans son organisme au moment du diagnostic médical. C'est ainsi que l'angoisse de mort a pris d'ampleur et a demeuré la composante essentielle de l'expérience du vécu subjectif chez elle dans le contexte Ebola.

TAN a vécu un isolement étalé sur un double conflit entre la vie et la mort. Pour ce qui est de la vie, elle cherchait à la fois à conserver sa vie et aussi à donner naissance à son enfant en tant que porteuse de la grossesse. Pour ce qui est de la mort, elle se donnait la peine d'éviter sa propre mort ainsi que celle de l'enfant. Dès que ce double conflit prend surface, TAN le refoule systématiquement et la culpabilité s'installe fortement dans sa personnalité. Se sentant ainsi sans couverture et sans défense contre ces conflits envahissants, elle régresse.

Elle déprime et se débat vis-à-vis des menaces liées à son anéantissement émanant du vécu de la maladie à virus Ebola. Défensivement, TAN a, dans un premier temps, cessé de se préoccuper de sa maladie (isolation), pour s'occuper de son accouchement, au profit de son enfant qui devait naître (déplacement).

Malheureusement, les défenses mobilisées ne sont pas adaptées pour que TAN préserve son équilibre. Cela a, par contre, coûté à son énergie vu les douleurs de la maladie et son état de grossesse, et cette impression croissante a occupé ses pensées, ses sentiments et ses actes jusqu'à détacher sa dernière énergie protectrice. C'était l'indifférence totale à l'égard de tous ceux qui étaient tout autour d'elle et la restriction de relations soignants – soignée jusqu'à sa mort (retrait apathique).

C'est par le mode de repli sur soi, de retrait apathique et d'abandonnisme que TAN a cru résoudre le problème de sa maladie (Ebola). La charge virale ne lui a pas permis de bénéficier de cette relation d'aide à laquelle elle s'était plutôt attachée. TAN a rendu l'âme.

Cas 2. TATA SANGO MOKONZI (Cfr. Corps du travail)

Cas 3. Naboyi Akokende Lokoliate (NAL) (Cfr. Corps du Travail)

Cas 4. Nasi Na Bikaki

4.1. Introduction

Le pseudonyme « Nasi Na Bikaki », « NNB » en sigle, est écrit en lingala, l'une des quatre langues nationales de la République Démocratique du Congo et langue maternelle de l'épouse du sujet. Il traduit fidèlement le vécu subjectif du sujet en présence. Il s'agit d'un sujet d'origine malienne habitant Isiro, il était le mari du cas indexé de l'épidémie de la maladie à virus Ebola qui avait sévi à Isiro. Heureusement, qu'il en avait survécu.

Après sa sortie du CTE, il avait fait sérieusement l'objet d'une stigmatisation communautaire, lui et sa famille. On ne voulait plus lui vendre quelque chose malgré son argent, ni le transporter sur les engins de transport (moto) malgré son argent, ni l'accepter dans le salon de coiffure malgré son argent. Bref, il avait fait l'objet de stigmatisation dans tous les domaines de sa vie.

C'est ainsi que devant les gens qui ne voulaient plus lui rendre service quoiqu'il en ait eu besoin, il leur disait : « *Nasi Na Bikaki* » pour dire littéralement : « ***Bien que j'ai été malade***

confirmé au virus Ebola, mais je suis déjà guéri*, voici mon certificat, s'il vous plaît, rendez-moi service* ». Et, c'est en ces termes que NNB réagissait devant ceux qui le stigmatisaient.

Le cas NNB était issu de la sixième épidémie de la maladie du virus Ebola sur les quinze qu'a connues la République Démocratique du Congo, épisode qui avait sévi en 2012 dans l'ancienne Province Orientale, actuelle Province de Haut-Uélé dont la ville d'Isiro en est le chef-lieu.

4.2. Identité

Nasi Na Bikaki (NNB), 42 ans, de sexe masculin, était veuf et père d'une famille de 4 enfants. Son niveau de scolarité était équivalent au D6 c'est-à-dire quelqu'un qui avait terminé le niveau secondaire d'études, car NNB fut un étranger en RD Congo. L'histoire de NNB s'était déroulée dans la Province de Haut-Uélé, précisément dans la ville d'Isiro, l'épicentre de la sixième épidémie de la Maladie à Virus Ebola (Isiro 2012).

Pendant les entretiens, NNB se présentait faible malgré sa forte corpulence. Figé dans une immobilité presque totale avec les mouvements expressifs de souffrance, il parlait avec perte d'idées.

4.3. Présentation des plaintes

C'est au CTE que NNB avait été visité pour la toute première fois par le psychologue parce que le rapport médical faisait état d'un patient toujours fermé et moins collaborant, surtout que le patient avait perdu sa femme avec la même maladie. Cette première série des entretiens avec NNB au CTE se faisait en EPI, dans une grande salle où se trouvaient tous les malades positifs.

NNB apparaissait toujours faible, mangeait difficilement et était toujours triste avec des regrets pour sa femme qu'il venait de perdre et avec une peur intense sur son sort à cause de ce virus d'Ebola. La mort des autres patients dans la même salle lui faisait encore peur davantage.

4.4. Histoire

NNB était arrivé à Isiro trop petit, en provenance du Mali, un pays d'Afrique de l'Ouest. Il se débrouillait, c'était un trafiquant qui achetait les marchandises à l'aide de sa moto dans les villes voisines pour venir les vendre à Isiro. Tantôt, il était dans le commerce des véhicules en provenance de l'Ouganda via Béni. Il était le mari du cas indexé, c'est-à-dire de la toute première personne qui avait présenté la maladie à Virus Ebola pour cette 6ème épidémie de la Maladie à Virus Ebola en RD Congo (Isiro 2012) et sa femme était la première personne à mourir de cette maladie pendant cette épidémie. Et pendant son hospitalisation, NNB était témoin de plusieurs décès dans l'isolement.

Au départ, la prise en charge psychosociale avait consisté à créer une alliance thérapeutique avec NNB. En tant que psychologue nous avons fait des entretiens préliminaires avec son père et ses enfants. Des photos lui avaient été présentées au premier entretien. Ceci pour qu'il se fasse une idée sur la personne qui venait le soigner et qui était habillée en EPI. L'objectif était de réduire la distance affective créée par l'EPI.

4.5. Evaluation

NNB était effectivement guéri du Virus Ebola. Mais, nos entretiens, après sa guérison, avaient révélé que NNB sombrait déjà dans la déprime. Et nos entretiens semi directifs l'avaient confirmé.

4.6. Conceptualisation du cas

Dans nos interventions, nous avions commencé à rassurer NNB de notre soutien et de notre présence peu importe la situation. Et, par la psychoéducation, nous avions pris le temps d'informer, puis de discuter du rôle de l'entourage par rapport à sa situation. La peur d'Ebola était

tellement généralisée que tout le monde craignait tout le monde. Et cette peur ne pouvait pas épargner NNB en tant qu'humain.

Le patient avait accepté et compris cette logique. Cependant malgré cette acceptation, il avait développé la haine contre les autres pour avoir subi la stigmatisation de tous. Le patient avait compris que tout être humain avait peur de la mort, et parce qu'il s'était retrouvé seul, rejeté par certains de ses amis et certains membres de la famille (frères et sœurs), il décida un jour de quitter ce pays d'accueil.

Du cas de NNB, nous avons compris le facteur à la base d'exacerbation de ses symptômes :

- Le fait que tout le village savait qu'Ebola était entré à Isiro par le canal de sa femme, d'où il s'était foncièrement culpabilisé et aussi ; et
- Le fait qu'il ait été un étranger avoir contracté une maladie grâve loin de son pays d'origine, le rendant ainsi sérieusement vulnérable.

4.7. Déroulement du traitement et évaluation des progrès

Au CTE, l'intervention des psychologues auprès de NNB, avait consisté à le soutenir devant cette maladie grâve, à redynamiser son moi pour qu'il puisse resister à cette maladie mortelle, et aussi à rassurer qu'il n'était pas seul dans la lutte contre cette maladie.

Et, toujours au CTE, à cette époque où tous les malades étaient dans une très grande salle, où les interventions se passaient dans un contexte à haut risque. Psychologues, nous étions toujours habillés en EPI lors de toutes les rencontres. Le psychologue le visitait sept fois par semaine en raison d'une séance par jour. La séance durait à peine 10 à 30 minutes. A domicile, il était visité trois fois par semaine.

4.8. Facteurs de complication

Les entretiens en EPI étaient très difficiles, car la chaleur était extrême et le fait de s'adresser à plusieurs malades, dans une séance, à tour de rôle, n'était pas chose facile. Ainsi, le psychologue devrait faire preuve d'une grande capacité de rétention dans la gestion de toutes les informations récoltées lors des entretiens préliminaires avec les membres de la famille.

Et, aussi, le psychologue devrait reconnaitre, à travers des photos qu'il avait tirées avec les membres de la famille, son destinataire parmi les malades.

En plus de la confrontation avec plusieurs malades dans une situation de souffrance, il sied de noter les incompréhensions avec les autres spécialistes qui ne laissaient pas le psychologue s'exprimer librement et au temps voulu. L'un de grand obstacle, c'était la durée limitée en EPI.

4.9. Accès et obstacles aux soins

La gravité de la maladie à virus Ebola, les douleurs qu'elle engendre auprès des malades, constituent un facteur de transfert positif. Les contraintes de la maladie à rester sur place c'est aussi un facteur à l'accès de la prise en charge. La contrainte de la maladie à rester sur place, l'envie des malades à s'informer sur leur maladie constituent des facteurs à l'accès de la prise en charge. L'imposition de la prise en charge à tout genre de malade en est aussi un.

Si les psychologues cliniciens avaient intégré la lutte contre la Maladie à Virus Ebola en 2007 avec la quatrième épidémie, l'accès aux CTE s'était réalisé en 2012 avec la sixième épidémie (Isiro 2012). C'était la première fois dans l'histoire de la riposte que les soins psychologiques fussent administrés aux malades, il est un problème inhabituel. Lors de l'intervention, on s'adresse à haute voix aux patients, car plusieurs malades se trouvaient dans un même local. Et, aussi, le travail en EPI oblige, avec les autres spécialistes, un travail concerté. Les

entretiens avec beaucoup des malades dans une même salle pose un problème d'éthique et de confidentialité.

Si dans le CTE, la rencontre avec le patient était teintée d'accessibilité et d'obstacle, à domicile aussi, les mêmes problèmes se posèrent. D'un côté, le besoin d'être visité pour une famille stigmatisée était bien perçue. Mais, de l'autre côté, ces visites étaient aussi mal perçues par les membres de la famille ou la communauté ou encore les proches qui trouvaient en ces visites une voie de contamination à la MVE, devenant ainsi un obstacle.

4.10. Suivi

Au CTE, l'évolution était positive suite à une très grande alliance thérapeutique nouée entre le psychologue et le patient. Celle-ci était renforcée par des photos et vidéos. Cependant, les comportements au sein de la communauté du patient avaient fait capoter les progrès réalisés au niveau de CTE. NNB avait trouvé une grande froideur dans sa famille, surtout suite à la disparition de sa femme. Le rapport des enfants avec leur père était négatif. La famille était rejetée par toute la communauté. Et, dans ce rejet communautaire, il ne pouvait pas acheter quelque chose à manger bien qu'il avait l'argent, ni se coiffer, ni prendre le transport en commun, même pas aller à l'église, car tout le monde le fuyait. Et cette situation sur terrain d'une personne convalescente de la maladie à virus Ebola, étranger de surcroît, l'avait plongé dans une dépression majeure avec des idées suicidaires.

En définitive, à cause de cette stigmatisation, NNB avait quitté la RD Congo pour un autre pays d'accueil.

4.11. Conséquences de l'affaire sur le traitement

Du cas NNB, nous avions retenu que la prise en charge médicamenteuse assise sur un esprit ou psychisme fort pouvait garantir la guérison, nonobstant la virulence du virus Ebola. C'était cet esprit fort qu'avait NNB qui, malgré la perte de sa femme et la souffrance endurée durant sa maladie, avait pu survivre. C'était une leçon pour les autres malades et aussi pour les autres cliniciens.

Nous avions pu également retenir que le fait de souffrir d'une maladie aussi grâve qu'Ebola dans un territoire qui n'est pas le siens, est un facteur de vulnérabilité.

4.12. Recommandations aux cliniciens et chercheurs psychologues

Ce qu'il faut savoir est que malgré l'afflux de plusieurs facteurs dans le domaine somatique, polytraumatique et très complexe, la personnalité du sujet a un grand rôle à jouer auprès du sujet souffrant. Et le cas NNB en est un exemple éloquent.

Analyse de cas : Nasi Na Bikaki

Nasi Na Bikaki (NNB), 42 ans, de sexe masculin, il est veuf et père d'une famille de 4 enfants, il a perdu sa femme dans le même épisode de l'épidémie de la MVE, et il est un étranger en RD Congo, originaire du Mali. L'histoire de NNB s'était déroulée dans la Province de Haut-Uélé, précisément dans la ville d'Isiro, l'épicentre de la sixième épidémie de la Maladie à Virus Ebola (Isiro 2012).

Pendant les entretiens, NNB se présentait faible malgré sa forte corpulence. Figé dans une immobilité presque totale avec les mouvements expressifs de souffrance, il parlait avec perte d'idées.

C'est au CTE que NNB avait été visité pour la toute première fois par le psychologue, parce que le rapport médical faisait état d'un patient toujours fermé et moins collaborant, surtout qu'il avait perdu sa femme atteinte de la même maladie. Cette première série

d'entretiens avec NNB au CTE se faisait en EPI, dans une grande salle où se trouvaient tous les malades positifs.

Pendant les entretiens, NNB apparaissait toujours faible, mangeait difficilement et était toujours triste avec des regrets à cause de sa femme qu'il venait de perdre et avec une peur intense sur son sort face au virus d'Ebola. La mort des autres patients dans la même salle lui faisait encore peur davantage.

Le diagnostic de la MVE est apparu chez NNB dans le contexte où ce dernier observait encore le deuil de sa défunte épouse décédée de la même maladie.

C'est ainsi que l'expérience de son vécu de la MVE était traumatique, complexe, débordant ses capacités adaptatives et de liaison représentative à trouver les solutions aux problèmes auxquels il était confronté.

De taille moyenne, NNB est un homme qui incarne une grande énergie et qui affiche une conception optimiste de la vie, même pendant qu'il était malade, cette tendance plus ou moins positive aurait contribué à sa guérison.

La composante essentielle de l'expérience du vécu subjectif de NNB par rapport à la maladie à virus Ebola reste sa vulnérabilité territoriale, le sujet s'est fait infecter dans un pays d'accueil, mais sauvé par l'énergie qu'il incarne et aussi par la tendance qu'il a à ne pas embrasser les détails, seule compte fait pour lui la vue d'ensemble.

C'est ainsi que la MVE est perçue par NNB non seulement comme une catastrophe, mais aussi comme quelque chose qui est venu pour mettre fin à sa vie. Par ricochet, l'exploit de l'énergie engagée pour lutter contre Ebola est donc une façon de refuser la perte de sa filiation avec son pays d'origine, c'est une capacité de rebondir face aux événements de la vie (résilience).

A sa sortie du CTE, ne voulant pas être accompagné par l'équipe de prise en charge psychosociale à domicile, NNB voulait en finir avec Ebola au CTE pour qu'on en parle plus. L'idéal était que tous reste hors de sa conscience (refoulement), que ses amis et connaissances ne se rendent pas compte de ce qu'il a souffert d'Ebola.

Face à une importante stigmatisation subie au sein de la communauté, NNB a recouru à l'affiliation en se penchant et s'accrochant à un psychologue qu'il avait rencontré plusieurs fois au CTE et qui est venu à son secours à domicile pour la destigmatisation (affiliation). C'est avec lui que NNB a reparlé de ses souffrances dans un climat de compréhension chaleureuse, de confiance d'intériorité du sujet, ce qui lui a fait du bien.

NNB, qui avait au départ refusé l'existence de la MVE, l'a ensuite reconnu en sollicitant sa participation à la lutte contre l'épidémie de la MVE. Et c'est dans la commission de prise en charge psychosociale qu'il a donné sa contribution en soutenant les familles éprouvées (Déni). Dans la relation soignant – soigné au CTE, NNB avait toujours peur d'être achevé volontairement par les professionnels de santé, d'où ses revendications inhibitrices comme son mode opératoire pour résoudre ses problèmes de santé (inhibition). Et, NMB a survécu à la MVE.

Cas 5. Ngai Moko Namiyelaki

5.1. Introduction

Le pseudonyme « Ngaimoko Namiyelaki », « NMN », en sigle, est écrit en lingala, l'une des quatre langues nationales de la République Démocratique du Congo et langue maternelle du sujet. Il traduit fidèlement le vécu subjectif du sujet en présence. Il s'agit d'un père d'une famille qui venait de perdre sa femme au cours de cette même épidémie et qui, lui-même, avait commencé à présenter des signes semblables à ceux de la maladie à virus Ebola. Après entretien avec le psychologue qui venait soutenir sa famille éprouvée, il lui était proposé par ce dernier d'appeler

l'ambulance pour son transfert au CTE. Il refusa d'être transporté par l'ambulance, mais préféra marcher à pied avec le psychologue jusqu'au CTE. Et, le sujet était positif après les examens de laboratoire et il avait survécu.

Le cas NMN est issu de la sixième épidémie de la maladie à virus Ebola sur les dix qu'a connues la République Démocratique du Congo, épisode qui avait sévi en 2012 dans l'ancienne Province Orientale, actuelle Province de Haut-Uélé dont la ville d'Isiro en est le chef-lieu.

5.2. Identité

Ngai Moko Namiyelaki « NMN » était âgé de 60 ans, de sexe masculin, père d'une famille de 7 enfants. Il avait fait l'école professionnelle en menuiserie. Il était victime de l'épidémie de la Maladie à Virus Ebola qui avait sévi à Isiro, ancienne Province Orientale et l'actuelle Province de Haut-Uélé (2012). Il a été reçu en entretiens duels, successivement, à domicile pour le soutien et la négociation de son transfert au CTE, au CTE pendant son hospitalisation et, enfin à domicile après la guérison. Malgré la peur d'avoir déjà perdu sa femme suite à Ebola, il accepta volontiers de marcher de la maison jusqu'au CTE anciennement appelé Isolement.

Pendant les entretiens, NMN exprima bien ses émotions, ses souffrances et sa culpabilité. Il n'avait pas l'air agité mais son regard n'était pas fixe, il allait toujours vers le haut à droite. Il avait toujours la position assise et les jambes croisées.

5.3. Présentation des plaintes

D'abord, nous psychologues, avions visité NMN à plusieurs reprises à domicile comme veuf pour avoir perdu sa femme pendant cette même épidémie. Ensuite, il avait été reçu à maintes reprises en entretien duel au CTE, cette fois-ci, comme cas confirmé au virus Ebola, dans la zone à haut risque en combinaison (EPI), puis dans la zone à faible risque sans tenue de protection. Enfin, la troisième série d'entretiens avait eu lieu encore dans son domicile, cette fois-ci, comme guéri et convalescent. NMN avait été rencontré pour plusieurs raisons. Premièrement comme membre de la famille éprouvée, il avait perdu sa femme ; deuxièmement comme patient, il avait développé une peur intense, une angoisse de mort trop élevée croyant qu'il allait aussi mourir comme sa femme. Enfin comme convalescent, il avait trop de faiblesses, de courbatures et il faisait également objet de stigmatisation et de rejet social.

5.4. Histoire

NMN était un menuisier connu dans son quartier pour ses petits services de menuiserie qu'il rendait à la communauté. Dans son foyer, c'est sa femme qui était la première à contracter la maladie et lui avait été infecté à partir de cette dernière. NMN avait commencé à présenter les signes de la maladie quelques jours après la mort de sa femme. Etant dans la famille ayant des liens épidémiologiques, son transfert vers le centre ne devrait pas prendre du temps. C'est ainsi qu'aussitôt l'alerte était donnée, une première équipe composée d'un psychologue et de deux agents psychosociaux (APS) était dépêchée pour aller préparer son acheminement vers l'Isolement, c'était le début de la prise en charge de NMN. Son transfert n'avait posé aucun problème, car il était près de se rendre même seul au centre. Il n'avait pas trainé pour que l'équipe de préparateur de psychologue et APS appelle le véhicule pour le transfert de NMN au CTE. A l'arrivée de l'ambulance, NMN refusa de monter à bord et décida de se rendre à pied en disant à ses enfants qui pleuraient sérieusement : « taisez- vous ! je pars et je vais rentrer ».

NMN avait une histoire riche pour l'épidémie de 2012 et les autres épidémies futures de la Maladie à Virus Ebola. En effet, c'est grâce à NMN que le nom de l'Isolement avait été remplacé par le nom de CTE. Et aussi, c'est toujours grâce à lui qu'on n'écrive plus morgue

sur ce box réservé à la « morgue ». C'était après avoir reçu en entretien le patient NMN au CTE que ce dernier avait révélé les objets anxiogènes qui l'avaient enfoncé dans son état anxieux, notamment l'inscription de l'Isolement à son entrée au CTE et l'inscription de la morgue à son entrée dans la zone à haut risque en allant vers la salle de soins. Et NMN avait conclu que : « c'est fini, je suis assigné à l'isolement et je vais finir à la morgue comme ma femme ». Ceci avait fait que les deux premiers jours de son hospitalisation, il n'avait pas mangé. Les données cliniques issues de l'entretien avec NMN, transmises dans le rapport d'activités de la sous-commission de prise en charge psychosociale avaient fait l'objet de débat dans la coordination technique et scientifique internationale de lutte contre le virus Ebola basée à Isiro, à l'issu duquel des décisions avaient été prises, notamment le remplacement du nom ''isolement'' par « Centre de Traitement Ebola » et le box destiné à la morgue ne portait plus l'inscription ''morgue''.

5.5. Evaluation

Avec NMN, les psychologues avaient recouru à la technique d'entretien psychologique secondée par la technique d'observation.

Les entretiens étaient de deux types : non directifs et semi-directifs. Au regard des symptômes présentés par le sujet, les psychologues avaient posé le diagnostic de stress aigu au début de nos entretiens, qui avait par la suite évolué vers le trouble de l'adaptation.

5.6. Conceptualisation du cas

Le parcours de NMN, à la suite de l'épidémie en cours (Isiro 2012), nous avait amenés à porter le choix sur trois types d'interventions à savoir : une intervention de crise, une psychothérapie de soutien et une psychothérapie psychoéducative. Après les séances de psychoéducation normalisant ses symptômes et expliquant les différentes réactions de l'organisme, la victime avait compris qu'il n'était pas très malade mais qu'il subissait beaucoup plus les réactions de l'organisme à la situation de décès de sa femme et de sa maladie. Ce que nous avions compris du vécu subjectif de NMN face l'anxiété que lui renvoyait le virus Ebola est qu'au départ le sujet est compulsif de structure de personnalité et, comme tel il voyait les choses de façon objective, c'est ce qu'il avait manifesté avant d'aller au CTE, volontiers il avait accepté, mais ce qui l'enfonçait, c'est le symbolisme. Les inscriptions symboles de l'enfermement et de la mort. Il les a exprimés en ces mots : *«...quand je suis arrivé à l'entrée du centre pour y accéder j'ai lu devant, il était écrit Centre d'Isolation Ebola, du coup j'ai eu extrêmement peur, je me suis dit c'est fini, aucun membre de famille va encore me voir », «...j'ai peur de sortir dehors pour prendre de l'air, car on a écrit morgue devant un local, ça me rappelle éventuellement ma mort et là où on va mettre mon corps ».« ...quand j'ai lu morgue sur un boxe devant moi, j'ai eu extrêmement peur, je me suis dit, je vais finir à la morgue ».*

5.7. Déroulement du traitement et évaluation des progrès

La prise en charge psychosociale de NMN avait évolué dans le temps, avant, pendant et après avoir fait la maladie à virus Ebola. Après une rapide évaluation initiale, l'urgence oblige, une étape très importante d'accueil et de premiers entretiens nous avait permis d'identifier entre autres les besoins du patient, ses attentes à l'égard de notre intervention, ses forces et ses difficultés, la nature et l'origine de ses problèmes. Plusieurs questions intelligibles avaient été posées par NMN à propos de notre intervention, nos réponses lui avait permis d'avoir une idée sur notre approche d'intervention.

Au terme de la rencontre d'évaluation initiale, il nous avait été impossible de faire une évaluation approfondie compte tenu de ses contraintes, la situation de crise oblige. Ceci étant, nous étions passés directement à la prise en charge proprement dite.

Le traitement avant, pendant et après avec le survivant était une intervention ponctuelle axée sur la psychothérapie de soutien, puis une intervention d'urgence, enfin une psychoéducation. Elle prévoyait des rencontres sous forme d'entretiens entre le survivant et le psychologue, et parfois des rencontres entre le psychologue et les membres de famille de survivant. Ces séances, d'une durée de 10 à de 20 minutes, voire plus selon les cas et selon les phases de l'épidémie, se tenaient à une fréquence déterminée par le psychologue, le survivant, le temps et l'espace toujours selon les phases de l'épidémie. Dans la majorité des cas, elles étaient hebdomadaires, généralement une, deux, voire trois fois selon les phases de l'épidémie.

Après l'intervention, est venue la phase de clôture, ici psychologues, préparions la victime à la période post- intervention, si jamais cela s'avérait possible (maintien, prévention de rechute, etc.).

Après la clôture des séances d'intervention, nous avions procédé, quelque temps à la reprise de contact puis à la re- évaluation.

NMN avait très bien évolué, car il avait accepté volontiers de se rendre au CTE. Il verbalisait sans censure ses peurs, ses angoisses, ses attentes vis-à-vis des différents intervenants pluridisciplinaires. Il était collaborant, un bon patient qui faisait bien ce qu'on lui demandait de faire.

5.8. Facteurs de complication

En général, la prise en charge de NMN s'était passée dans des conditions de facilitation et sans complications majeures. Sauf qu'étant sensible et en qui-vive, le jour où un patient mourait dans la salle de traitement des confirmés, NMN était triste et pouvait vous expliquer tout ce qui se passait avant la mort de celui-là, et comment il était agonisant. Faire les entretiens en EPI n'est pas chose facile, car il chauffe sérieusement, et aussi s'entretenir avec tous les patients présents dans la salle à tour de rôle n'était pas aisé, car il se posait un problème d'éthique et de déontologie d'une part ; et il était très coûteux pour le psychologue qui devrait avoir une grande capacité de mémoire pour se rappeler de chaque chose qu'il devrait dire à chaque patient, sans une référence écrite, d'autre part.

Une autre difficulté dans la relation de soins avec NMN et les autres malades, c'était l'incompréhension avec les médecins et les autres professionnels, surtout que c'était la première fois dans l'histoire de la lutte que les psychologues étaient admis à assurer les soins psychologiques aux malades confirmés au CTE. Bien que ce fût une décision de la coordination et après que le Ministre de la Santé ait lui-même constaté ce degré de trauma, de détresse psychologique, de l'anxiété et de la déprime chez les malades confirmés dans l'isolement, il se posait toujours un problème dans la programmation des psys.

5.9. Accès et obstacles aux soins

La prise en charge avec NMN avait été beaucoup plus facilitée par la présence de ce dernier, sa collaboration et surtout sa réceptivité, et cela, à domicile tout comme au CTE, et aussi l'attitude compréhensive des membres de famille. Mais à côté de cette facilitation, il y a eu également des obstacles qui ont émaillé nos interventions auprès de NMN, c'est notamment la réserve émise au départ par le patient pour s'entretenir avec le psychologue, le soin psychologique étant inhabituel dans la contrée, la non confidentialité dans les entretiens où tous les malades se trouvaient dans une même salle, le caractère bref des interventions car il est déconseillé de dépasser 30 minutes en EPI d'une part, le nombre important des malades dans une même salle, d'autre part.

5.10. Suivi

NMN était guéri du virus Ebola Bundibugyo. C'était après que le dernier examen de laboratoire se soit révélé négatif que le psychologue l'a préparé à faire face à la stigmatisation

avant sa sortie. Puis, il avait été conduit à domicile où le regard de la communauté était souvent teinté du rejet social. Du domicile au CTE, ensuite du retour à domicile NMN avait très bien évolué. Avant de se rendre au CTE, il avait prédit sa guérison. Pendant, les soins il s'était montré collaborant et, arrivé à la maison, après la sortie, il n'avait pas traîné à reprendre petit à petit ses activités.

5.11. Conséquences de l'affaire sur le traitement

Ce cas nous informe plus sur la résilience, c'est-à-dire que quand on va mieux sur le plan psychologique et qu'on a un esprit fort, les soins médicaux évolueront bien et les chances de guérison peuvent être garanties. C'était le cas avec NMN, malgré la disparition tragique de sa femme suite au virus Ebola et le fait qu'il fut lui-même infecté par le meme virus, il n'avait pas été enfoncé davantage, il était serein et avait bien collaboré jusqu'à sa guérison.

De ce cas, la leçon clinique à retenir est que malgré la situation de crise, faire une évaluation initiale même rapide est important, et que peu importe la situation dramatique dans laquelle vit le sujet, l'identification de ses points forts reste importante car il permet d'appuyer dessus dans la prise en charge pour l'aider.

5.12. Recommandations aux cliniciens et aux étudiants

Le psychologue clinicien ne peut pas s'en passer d'une évaluation initiale du sujet qu'il veut réellement aider, même dans les situations dites d'urgence, car c'est ça le fil conducteur de la prise en charge.

Analyse de cas : Ngai Moko Namiyelaki

Ngai Moko Namiyelaki « NMN » était âgé de 60 ans, de sexe masculin, père d'une famille de 7 enfants. Il était survivant de l'épidémie de la Maladie à Virus Ebola qui avait sévi à Isiro, ancienne Province Orientale et actuelle Province de Haut-Uélé (2012). Il a été reçu en entretiens duels, successivement, à domicile pour le soutien et la négociation de son transfert au CTE, pendant son hospitalisation et, enfin à domicile après la guérison. Malgré la peur d'avoir déjà perdu sa femme suite à Ebola, il accepta volontiers de faire les marches à pieds de la maison jusqu'au CTE anciennement appelé Isolement.

Pendant les entretiens, NMN exprima bien ses émotions, ses souffrances et sa culpabilité. Il n'avait pas l'air agité mais son regard n'était pas fixe, il regardait toujours vers le haut à droite. Il avait toujours la position assise et les jambes croisées.

D'abord, les psychologues visitaient NMN à plusieurs reprises à domicile comme veuf pour avoir perdu sa femme pendant cette même épidémie. Ensuite, il avait été reçu à maintes reprises en entretien duel au CTE, cette fois ci comme cas confirmé au virus Ebola, dans la zone à haut risque en combinaison (EPI), puis dans la zone à faible risque sans tenue de protection. Enfin, la troisième série d'entretiens avait eu lieu de nouveau dans son domicile, cette fois-ci, comme guéri et convalescent. NMN avait été rencontré pour plusieurs raisons. Premièrement, comme membre de la famille éprouvée, il avait perdu sa femme ; deuxièmement, comme patient, il avait développé une peur intense, une angoisse de mort trop élevée croyant qu'il allait aussi mourir comme sa femme. Enfin, comme convalescent, il avait trop de faiblesses, de courbatures et il faisait également objet de stigmatisation et de rejet social.

C'est pendant que NMN était en train d'observer le deuil de sa très regrettée épouse, mort survenue à la suite d'un épisode de la maladie à virus Ebola, que NMN a reçu le diagnostic de la positivité récurrente de la même maladie qui a tué sa défunte épouse.

NMN a expérimenté le vécu subjectif de la maladie à virus Ebola dans les conditions d'isolement (CTE). Comme patient et veuf d'une femme décédée de la même maladie,

il connait un vécu traumatique, complexe, chaotique et de deuil. L'état de conscience aiguisé et vigilant envers sa maladie caractérise NMN, ce qui est une bonne chose. Mais, toutefois, l'hypersensibilité de sa conscience à son état reste la composante essentielle du vécu subjectif par rapport à la maladie à virus Ebola, du fait que tout moindre détail au CTE était soumis à une critique. Pour NMN, la MVE est perçue et vécue comme une maladie grâve, mortelle et normale pour laquelle il faut se faire soigner auprès des professionnels de santé.

Dans la phase initiale de sa maladie qui est l'annonce des résultats, NMN est confronté à la réalité d'une maladie grâve ayant tué sa femme et se trouvait aux prises avec des excitations considérables qui menaçaient sa propre vie. C'est ainsi qu'il a repoussé et maintenu hors du champ de la conscience le caractère mortel d'Ebola à ses enfants (refoulement) et a confessé la guérison : « je pars et je vais revenir vivant ». Il a préféré aller directement au CTE au lieu de commencer à se poser anxieusement des questions (anticipation ou la rationalisation).

Les réalités du CTE ont obligé NMN à accepter qu'Ebola tue et emporte n'importe qui, mais eu égard à cette force de croyance, NMN a gardé son espoir et a continué de confesser sa guérison (formation réactionnelle ou encore l'acceptation). Malgré ses engoisses liées à la dangerosité de sa maladie, NMN est demeuré vigilant, critique, gardant des justifications logiques (rationalisation), jusqu'à sa guérison.

Cas 6. ALIANZA TEMBEA KITUOCTE

6.1. Introduction

Le pseudonyme **ALIANZA TEMBEA KITUOCTE « ATK »,** en sigle, est écrit en swahili, l'une des quatre langues nationales et langue maternelle du sujet. Il veut dire littéralement « ***Il a commencé à marcher au CTE*** », il traduit réellement le vécu subjectif de la survivante en présence. En effet, il s'agit d'une enfant qui s'était fait infectée dans un centre de santé et quand elle avait commencé à présenter les signes semblables à la maladie à virus Ebola, elle avait été directement transférée au CTE alors qu'elle ne marchait pas encore. Elle avait commencé à faire ses premiers pas au CTE jusqu'à ce qu'elle fût guérie et accompagnée à domicile. Car, elle avait perdu sa mère quelques jours avant de tomber malade, maladie qui l'avait amenée à contracter le virus Ebola dans le premier centre de santé où elle était admise comme malade de la malaria, dans un lit où on venait d'évacuer un malade suspect d'Ebola.

Le cas ATK est issu de la dixième épidémie de la maladie à virus Ebola sur les onze qu'a connues la République Démocratique du Congo, épisode qui avait sévi dans les Provinces du Nord-Kivu et de l'Ituri.

6.2. Identité

Il s'agit de la survivante ATK âgée de 3ans, de sexe féminin, sans niveau d'étude. La rencontre avait eu lieu au CTE Beni, dans la Province du Nord-Kivu. ATK était issue d'une famille monoparentale. Elle vivait dans sa famille maternelle. La mère biologique de ATK fut commerçante. Elle achetait ses articles à Butembo et les revendait chez elle à Beni. Un jour, avant qu'ATK ne soit atteinte de la MVE, sa mère avait été victime d'un accident de circulation en provenance de butembo. Elle était avec sa fille ATK. L'accident était très grave et sa mère était décédée sur le champ. La petite avait survécu mais avec des blessures au niveau de deux cuisses.

ATK avait été acheminée dans un centre de la place pour la prise en charge de ses blessures. C'était donc au niveau de ce centre de santé qu'ATK avait contracté la MVE (centre se situant à environ 5 KM du CTE). Son infection était donc nosocomiale. ATK avait donc été transférée au CTE pour les examens de laboratoire qui avait confirmé le virus Ebola. Elle était admise le 25 octobre 2018 et sortie le 30 novembre de la même année.

A son arrivée au CTE, sur le plan physique, la patiente était asthénique et présentait la fièvre et la douleur corporelle.

6.3. Présentation des plaintes

La première série de rencontres entre le psychologue et ATK avait eu lieu au CTE dans la zone suspecte (à faible risque) quand la patiente avait encore le statut de suspect. En plus des plaintes physiques (organiques), certains symptômes psychologiques avaient motivé l'intervention des psychologues auprès de l'enfant victime, c'est notamment la peur de se trouver seule, sans membres de famille, les pleurs sans cesse et une humeur toujours dépressive.

La deuxième série de rencontres avait eu lieu toujours au CTE dans la chambre d'urgence biosécurisée d'Ebola « CUBE » à la cube numéro 7, le psychologue n'était pas habillé en EPI.

6.4 Histoire

ATK avait contracté la MVE dans un centre hospitalier de la place où elle était internée et, dans cette chambre, se trouvait une personne qui était infectée par le virus Ebola. Dans la famille de la patiente, personne n'est décédée de la MVE.

Dans la prise en charge, les psychologues étaient plus orientés vers les membres de sa famille (maternelle surtout) qui visitaient régulièrement l'enfant et vers les gardes-malades qui étaient tout le temps à côté de l'enfant**.**

6.5 Evaluation

ATK vivait dans une famille monoparentale avec sa mère, où elle était enfant unique. Quelques jours après la disparition de sa mère, pendant qu'ATK était hospitalisée au CTE, personne ne s'était présentée comme son père. C'était seulement ses tantes maternelles qu'ATK connaissait très bien. Plusieurs fois, en présence de ses tantes tout comme à leur absence, ATK pleurait en demandant sa mère, elle ne savait pas que cette dernière était déjà morte et enterrée.

ATK était en situation de détresse, un impact psychologique et social dû à la séparation brutale avec sa mère. Les psychologues ont pensé à un trouble d'adaptation.

Dans leurs interventions, ils s'étaient servis des entretiens cliniques semi-structurés et ont aussi travaillé directement avec les personnes ressources de la famille et les gardes-malades.

6.6. Conceptualisation du cas

Les psychologues sont intervenus plus par des séances de psychothérapie de soutien (le soutien par la présence). Les jeux avec l'enfant impliquaient aussi les séances de psychoéducation qui se pratiquaient avec les membres de sa famille, étant donné que le taux d'anxiété était très élevé chez ces derniers.

Nous avions compris à travers ce cas que, malgré son âge, l'enfant ressentait une forte réaction de frustration liée à l'environnement non habituel, mais aussi aux nouvelles figures, à un nouvel emplacement, au port de l'EPI. De par notre compréhension, le détachement brusque de l'enfant avec sa mère et toute la famille avait entraîné une très forte douleur psychoaffective étant donné que la famille constitue un milieu habituel de l'enfant, un environnement d'épanouissement de l'enfant. Cette absence pouvait donc influencer d'une certaine manière l'évolution de l'enfant.

6.7. Déroulement du traitement et évaluation du progrès

Comme souligné dans les lignes précédentes, les interventions psychologiques étaient plus tournées vers les membres de la famille qui visitaient régulièrement l'enfant. Quant à l'enfant, nous avions privilégié les activités ludiques et nous le visitions deux fois par jour. La

durée des séances avec les membres de la famille dépendait de l'état dans lequel ils rencontraient l'enfant, les séances duraient 15 à 30 minutes.

6.8. Facteurs de complication

Le facteur ayant compliqué l'intervention, c'est la souffrance physique de l'enfant. Aussi le fait que la patiente soit enfant, n'avait pas facilité la prise en charge étant donné que cette dernière ne pouvait pas s'exprimer avec précision et collaborer avec le personnel traitant.

6.9. Accès et obstacles aux soins

Parmi les facteurs qui avaient facilité la prise en charge de la patiente, nous notons aussi la présence de la patiente sur place, car c'est cette présence qui motivait les membres de la famille au CTE et donnait la possibilité de pouvoir les rencontrer régulièrement. Le facteur qui a entravé la prise en charge était l'isolement constant de la patiente et le manque d'expression concernant son problème réel et ses ressentis.

6.10 Suivi

Il a été signalé que celle qui venait voir la patiente régulièrement était sa tante maternelle. Elle est unique dans sa famille et donc première dans sa fratrie. Selon les autres survivants, ATK était une enfant qui avait une idée de sa mère, elle la réclamait de temps à temps, justifiant parfois son isolement et son humeur triste. Elle était attachée à une convalescente âgée, une mère qui prenait bien soin d'elle à telle enseigne qu'elle préférait que ça soit toujours elle qui l'alimentât. Selon cette survivante, ATK avait toujours des préférences pour l'alimentation. Elle préférait aussi bien la nourriture venant de la maison.

Par rapport à l'activité ludique, ATK était active par moment, surtout quand on avait transféré un autre enfant âgé d'un an chez les convalescents où ATK habitait. Ainsi, Gloria jouait avec cet enfant et ils aimaient tous deux les jouets qu'on leur remettait. Lors de sa sortie au CTE, ATK avait été accompagnée par les APS pour la réinsertion sociale en présence d'un nombre important des membres de sa famille. C'était une journée pleine de joie. Actuellement, elle vit avec sa grand-mère.

L'évolution de la survivante était marquée par des plaintes somatiques. Psychologiquement, elle s'adaptait de plus à plus à son milieu et aux gardes-malades, ses pleurs diminuaient de plus à plus. Elle a fait plus d'un mois en hospitalisation et est sortie guérie.

6.11. Conséquences de l'affaire sur le traitement

Ce cas nous parle d'une patiente (un enfant) ayant été infectée de la MVE et qui en était guérie. Ceci nous parle donc de certaines affections psychologiques que peut présenter une enfant atteinte d'une maladie grave comme MVE. D'où, la nécessité d'une prise en charge psychosociale de la patiente.

6.12. Recommandations aux futurs cliniciens et chercheurs psychologues

Au regard de la littérature scientifique, les cliniciens et les futurs cliniciens devraient retenir la nécessité d'une prise en charge holistique, mais en tenant compte des particularités liées à l'âge car l'enfant est un être à part entière. Aussitôt sortie du CTE, l'enfant doit rentrer en famille vivre avec le substitut parental (maternel) qui doit accepter l'enfant et l'intégrer dans la famille et en société.

Analyse de cas : ALIANZA TEMBEA KITUOCTE (ATK)

La Survivante ATK âgée de 3 ans est de sexe féminin. La rencontre avait eu lieu au CTE Beni, dans la Province du Nord-Kivu. ATK était issue d'une famille monoparentale. Elle vivait dans sa famille maternelle. La mère biologique d'ATK fut commerçante. Elle achetait ses articles à Butembo et les revendait chez elle à Beni. Un jour, avant qu'ATK ne soit atteinte de la

MVE, sa mère avait été victime d'un accident de circulation en provenance de Butembo. Elle était avec sa fille ATK. L'accident était très grave et sa mère était décédée immédiatement. La petite avait survécu mais avec des blessures au niveau de deux cuisses.

ATK avait été acheminée dans un centre de santé de la place pour la prise en charge de ses blessures. C'était ainsi au niveau de ce centre de santé qu'ATK avait contracté la MVE (centre se situant à environ 5 KM du CTE). Son infection était donc nosocomiale. ATK avait donc été transférée au CTE pour la prise en charge de la MVE. Elle était admise le 25 octobre 2018 et sortie le 30 novembre de la même année.

A son arrivée au CTE, sur le plan physique, la patiente était asthénique et présentait la fièvre et la douleur corporelle.

La première série de rencontres avec ATK avait eu lieu au CTE dans la zone suspecte (à faible risque) quand la patiente avait encore le statut de suspect. En plus des plaintes physiques (organiques), certains symptômes psychologiques avaient motivé l'intervention des psychologues auprès de l'enfant survivante, c'est notamment la peur de se trouver seule, sans membres de famille, les pleurs sans cesse et une humeur toujours dépressive.

La deuxième série de rencontres avait eu lieu toujours au CTE dans la chambre d'urgence bio sécurisée d'Ebola « CUBE » où le psychologue n'était pas habillé en EPI.

C'est dans un contexte du deuil familial compliqué et traumatique dû à un accident de circulation impliquant ATK et sa mère et dont cette dernière ayant tiré sa révérence, que ATK se retrouve hospitalisée sans un autre membre de famille.

ATK a expérimenté le vécu subjectif de la maladie à virus Ebola comme une mise en scène. Ignorant réellement les causes de son isolement, elle voyait du jour au lendemain les gens en combinaison qui venaient lui parler, tantôt les soigner. L'absence de sa mère biologique pendant son hospitalisation au CTE a été vécue comme une véritable séparation, car ATK demandait de temps à autre où était partie sa mère.

Une enfant docile, entrant facilement en contact avec les gardes-malades et les autres patientes qui avaient l'âge de sa mère, ne pleurant pas trop et jouant facilement. L'isolement d'une enfant de 3 ans, sans un membre de famille, quelques jours après, le décès de sa mère biologique, reste la composante essentielle de l'expérience du vécu subjectif d'ATK par rapport à la maladie à virus Ebola.

C'est ainsi que ATK avait une perception floue de la maladie à virus Ebola, mais son sens d'ouverture aux autres l'a aidée pour que le choc collé à la séparation d'avec sa mère ne soit pas très important pendant l'hospitalisation.

Confronté aux douleurs de la maladie ainsi que les conditions difficiles d'isolement au CTE, ATK tente de se réfugier dans ses états antérieurs qui ont été vécus par elle comme plus satisfaisants que sa situation actuelle. Faute de l'objet extérieur de refuge qui est sa mère, ATK fait le déplacement grâce à la personne de la garde malade qui devient son refuge (transfert positif), c'est une régression. Cette dernière prend une forme compensatoire dans ce sens qu'en plus de garde malade, ATK s'investit dans l'agir : le jeu.

Face à toutes les difficultés, ATK s'accroche exagérément à la garde malade ou à ses jouets jusqu'à trouver de réelles gratifications narcissiques. La souffrance physique du sujet et le fait qu'elle soit enfant n'ont pas facilité la relation de soins avec le personnel soignant. Néanmoins, la présence des jouets a été un facteur facilitant les interactions avec l'enfant et de l'expression traumatique. Et ATK avait survécu à la MVE.

Cas 7. WAPI YANGAI MOLONGANI (Cfr. Corps du travail)

Cas 8. EBOLA ILIUWAMAMA IKAACHAMUTOTO

8.1. Introduction

Le pseudonyme « **EBOLA ILIUWAMAMA IKAACHAMUTOTO »,** « EII » en sigle, est écrit en swahili, l'une des quatre langues nationales de la République Démocratique du Congo et langue maternelle du sujet. Il signifie littéralement « la maladie à virus Ebola a tué la mère et a épargné l'enfant » et **traduit** fidèlement le vécu subjectif du patient en présence.

En effet, il s'agit d'un enfant d'une année, qui était infecté à partir de sa mère cas positif et dont les symptômes s'étaient manifestés quatre jours après le décès de sa mère et trois jours après l'enterrement de celle-ci. Heureusement pour lui, il avait survécu et c'était une surprise pour sa famille, ses proches, voire les professionnels de la santé. Et c'est en ces termes qu'ils s'exprimaient : « **Ebola Iliuwamama Ikaachamutoto ».**

Le cas EII était issu de la dixième épidémie de la maladie à virus Ebola sur le quinze qu'a connues la République Démocratique du Congo en 2018, épisode qui avait sévi dans les Provinces du Nord-Kivu et de l'Ituri, précisément dans le territoire de Beni, chef-lieu du même nom**.**

8.2. Identité

Il s'agissait du patient Ebola Iliuwamama Ikaachamutoto (EII), âgé d'un an, de sexe masculin, sans niveau d'études. La rencontre avait eu lieu au C.T.E Beni, dans la Province du Nord-Kivu. A son arrivée au C.T.E, sur le plan physique, le patient était asthénique et présentait la fièvre et les douleurs généralisées.

8.3. Présentation des plaintes

La rencontre avait eu lieu au Centre de Traitement Ebola dans une des cubes où le patient était isolé, nous étions habillés en EPI.

Psychologiquement, l'enfant présentait les symptômes suivants : les pleurs incessants, la peur excessive et une humeur dépressive. Soulignons que le statut épidémiologique de l'enfant, les pleurs incessants, le fait qu'il a perdu sa mère par la M.V.E… avaient motivé notre intervention en tant que psychologue.

8.4. Histoire

EII fut un contact de sa mère qui était confirmée au virus Ebola et qui était décédée dans la communauté. Après le résultat de swab, sa mère était déclarée positive au virus Ebola. Cette dernière avait contracté le virus dans un dispensaire où elle était internée et où se trouvaient d'autres personnes infectées par la même maladie. Dans la famille du patient, il n'y avait que sa mère qui était morte de cette maladie. EII avait été infecté par sa mère.

La prise en charge était plus orientée vers les techniques de thérapie familiale, avec des actions plus orientées vers les membres de sa famille (son père surtout) qui visitaient tous les jours EII et vers les gardes-malades qui étaient tout le temps à côté de l'enfant. Vu l'immaturité des fonctions affectives et intellectuelles de l'enfant, ceux qui bénéficiaient directement de nos actions d'intervention étaient les membres de la famille et les gardes de l'enfant.

Nous avions aussi recouru à la psychothérapie ludique, plusieurs jeux adaptés à l'âge d'EII étaient proposés à ce dernier.

8.5. Evaluation

Nous avions diagnostiqué une anxiété de séparation avec un soubassement de phobie spécifique (claustrophobie). Dans nos interventions psychologiques, nous nous servions des entretiens cliniques semi-structurés et nous travaillions directement avec les personnes ressources de la famille et les gardes-malades.

8.6. Conceptualisation du cas

Nous intervenions plus par des séances de psychothérapie de soutien (le soutien par la présence). Aussi, les séances de psychoéducation se faisaient avec les membres de sa famille, étant donné que le taux d'anxiété était très élevé chez ces derniers.

Nous avions compris à travers ce cas que malgré son âge, l'enfant ressentait une forte réaction de frustration liée à l'environnement non habituel mais aussi aux nouvelles figures, à un nouvel emplacement, au port de l'EPI. De par notre compréhension, le détachement brusque de l'enfant avec sa mère (sa mort) avait entrainé une très forte souffrance psychoaffective chez l'enfant, étant donné que la mère constitue la première figure d'attachement de l'enfant et son objet d'amour. Cette absence pouvait donc influencer d'une certaine manière l'évolution de l'enfant.

8.7. Déroulement du traitement et évaluation des progrès

Comme souligné dans les lignes précédentes, les interventions psychothérapeutiques étaient plus tournées vers les membres de la famille qui visitaient régulièrement l'enfant. Quant à l'enfant, nous le visitions deux ou trois fois chaque jour. La durée des séances avec les membres de la famille dépendait de l'état dans lequel ils rencontraient l'enfant, les séances duraient 10 à 30 minutes.

8.8. Facteurs de complication

Le facteur ayant compliqué l'intervention, c'est d'abord l'âge de l'enfant, puis la souffrance physique de l'enfant. Aussi, les pleurs sans cesse de ce dernier. Cela n'avait pas facilité la prise en charge, étant donné que le patient ne pouvait pas s'exprimer et collaborer avec le traitant.

8.9. Accès et obstacles aux soins

Parmi les facteurs qui avaient facilité la prise en charge du patient, nous pouvons énumérer : la présence du patient sur place, car c'est cette présence qui motivait les membres de la famille au C.T.E et la possibilité de pouvoir les rencontrer régulièrement. Le facteur qui avait entravé la prise en charge était l'isolement constant du patient et le manque d'intériorité concernant son problème réel et ses ressentis.

8.10. Suivi

L'évolution du patient était marquée par des épisodes de fièvres. Psychologiquement, il s'adaptait de plus à plus à son milieu et aux gardes-malades, ses pleurs diminuaient de plus à plus, et les jouets avaient beaucoup aidé. L'enfant avait fait un mois en hospitalisation et en était sorti guéri.

8.11. Conséquences de l'affaire sur le traitement

L'une des particularités de l'actuelle épidémie de la maladie à virus Ebola au Nord-Kivu était la contamination des enfants, car il était connu dans le passé qu'Ebola était une maladie des adultes. Désormais, les psychologues doivent organiser la prise en charge des enfants atteints d'Ebola. Difficile de mettre en place un schéma de soins psychologiques pour enfant atteint d'Ebola. Mais, de façon urgente, on avait tenté et réussi grâce à la capacité de réfléchir de façon spontanée, avec l'implication des jouets, des proches et des femmes guéries comme mère substitut. Ce fut la première fois dans l'histoire de la riposte du virus Ebola.

8.12. Recommandations aux cliniciens et chercheurs psychologues

Au regard de la littérature scientifique, les cliniciens et les étudiants futurs cliniciens devraient retenir la nécessité d'une prise en charge adaptée, mais en tenant compte des particularités liées à la famille, au contexte et à la culture du sujet. Aussitôt sortie du C.T.E, l'enfant

doit rentrer en famille vivre avec le substitut parental (maternel) qui doit accepter l'enfant et l'intégrer dans la famille et dans la culture.

Analyse de cas : EBOLA ILIUWAMAMA IKAACHAMUTOTO

De sexe masculin, Iliuwamama Ikaachamutoto (EII), âgé d'un an, est victime de la MVE, 10eme épisode qui a sévi dans les Provinces du Nord-Kivu et Ituri. Les rencontres avec la victime ont successivement eu lieu d'abord à domicile comme famille de victime, puis comme cas suspect, ensuite cas confirmé au CTE. A son arrivée au CTE, sur le plan physique, le patient était asthénique et présentait la fièvre et les douleurs généralisées.

Au CTE, les rencontres avaient eu lieu dans la CUBE où le patient était isolé, nous étions habillés en EPI.

Psychologiquement, l'enfant présentait les symptômes suivants : les pleurs incessants, la peur excessive et une humeur dépressive. Soulignons que le double statut épidémiologique de l'enfant (famille de victime et cas suspect), les pleurs incessants, orphelin d'Ebola… avaient motivé l'intervention des psychologues d'urgence Ebola.

C'est pendant que EII était en train de construire la confiance en soi comme élément important de son identité et aussi pendant qu'elle cherchait à comprendre la signification de la mort d'une mère pour son enfant, que EII s'est vue séparer de toute sa famille pour être isolée au CTE parce que son résultat de laboratoire s'est révélé positif au virus Ebola.

A un an d'âge, EII a vécu subjectivement l'expérience de la MVE comme une gestion du flou car, ne connaissant pas exactement de quoi il souffre. Et, c'est à travers un moment de bouleversement émotionnel du père et des autres membres de famille que l'enfant a pu le ressentir. Au début de son isolement EII pleurait tous les jours mais avec l'usage des jouets tout autour, il était devenu un enfant docile qui pouvait pleurer à cause de certains besoins physiologiques.

L'anxiété de séparation d'avec sa mère (décédée quelques jours avant son isolement) ainsi qu'avec tous les autres membres de la famille reste la composante essentielle du vécu subjectif de EII par rapport à la maladie à virus Ebola.

Exclu d'un savoir qui le concernait au premier chef, EII n'avait pas une perception claire de la maladie dont il souffrait, plongeant ainsi dans un flou insupportable qui avaiit renforcé ses fantasmes angoissants, d'où ses pleurs sans cesse du début.

Dans les premiers moments de son isolement au CTE, EII a recouru au retrait apathique comme mécanisme de défense psychologique. En effet, EII se sentait seul sans aucun membre de sa famille pendant des heures. Il devenait triste et à la fois asthénique et psychasthénique, car le sujet semblait manquer d'énergie pour jouer, pleurer correctement. Il s'enfermait alors dans un état apathique, en développant une certaine distanciation protectrice, axée sur une indifférence affective considérable et une restriction d'attraction ludique. EII manifestait alors une soumission passive inhabituelle à la situation, au garde-malade et aux soignants.

Face à toutes ces difficultés liées aux conditions contraignantes d'isolement et au manque des personnes ressources au CTE, EII s'est laissé aller à la régression, se prenant alors en pitié, en se reposant sur le garde-malade pour tout et devient ainsi dépendant et exigeant.

Vu son âge, EII n'avait pas assez des ressources au niveau personnel pour lutter contre la situation liée à sa maladie. C'est ainsi qu'il s'était abandonné entre les mains des gardes-malades, des professionnels de santé, position auto-entretenue jusqu'à sa guérison.

Cas 9. BABA NISA IDIE

9.1. Introduction

Le pseudonyme « Baba Nisa Idie **»,** « BNI » en sigle, est écrit en swahili, l'une des quatre langues nationales de la République Démocratique du Congo et langue maternelle du sujet. Il signifie littéralement « Aidez-moi à retrouver ma santé, Monsieur le psychologue » et traduit fidèlement le vécu subjectif de la patiente en présence.

En effet, il s'agissait d'une femme mariée, mère de plusieurs enfants qui avait présenté des signes semblables à ceux de la maladie à virus Ebola dans un village et transférée au CTE de Beni à une trentaine de kilomètres. Accompagnée de son mari, ils avaient laissé seuls leurs enfants et cela était une très grande préoccupation pour la patiente. Une fois admise au CTE, après le premier entretien d'accueil avec le psychologue, qui lui avait expliqué le vécu des patients au CTE, la dame pleura et dit au psychologue : « Aidez-moi à retrouver ma santé, papa, les enfants sont restés seuls au village, mes frères et sœurs ont refusé de garder mes enfants parce qu'ils craignent d'être contaminés ».

Le cas BNI est issu de la dixième épidémie de la maladie à virus Ebola sur le quinze qu'a connues la République Démocratique du Congo en 2018, épisode qui avait sévi dans les Provinces du Nord-Kivu et de l'Ituri, précisément dans le territoire de Beni, chef-lieu du même nom**.**

9.2. Identité

Il s'agit de Baba Nisa Idie (BNI), de sexe féminin, âgée de 24 ans, mariée et mère de nombreux enfants. Elle était habitant du nord-kivu, de la zone de santé d'oicha, sans niveau d'études avec comme profession agricultrice. Le lieu de rencontre était le centre de traitement Ebola/béni, une fois son état épidémiologique était confirmé au virus Ebola. Les symptômes physiques qui avaient été observés chez elle étaient les suivants : l'asthénie physique, les douleurs généralisées, vomissement et diarrhée.

Nous avions rencontré la patiente dans la cube (chambre d'urgence bio sécurisée en Ebola) en EPI de peur d'être contaminé car sachant qu'elle était positive et qu'il s'agissait d'une maladie contagieuse.

9.3. Présentation des plaintes

Les symptômes psychologiques présentés par la patiente et pour lesquels on avait été appelé à intervenir étaient les survivants : faible estime de soi, humeur triste, faciès très souffrante, peur et crainte de la mort.

9.4. Histoire

La patiente est venue d'oicha, à 30 Km de Beni, transférée de l'hôpital général pour le C.T.E pour une bonne prise en charge. Accompagnée de son mari et d'autres membres de la famille, elle avait son enfant. Le début de la prise en charge avait commencé par un entretien d'entrée, nous avions accueilli la patiente pour lui expliquer le mode de vie au centre de traitement.

9.5. Evaluation

Le diagnostic posé était un état de stress psychotraumatique avec un tableau dépressif qui s'accompagnait d'un **soubassement** anxieux traduit par la crainte du pire. Nous avions usé de l'entretien clinique semi-directif dans le souci d'aider la patiente d'avoir une estime de soi élevée et de développer une attitude positive face à la maladie.

9.6. Conceptualisation du cas

Nous avions préconisé d'abord une intervention de crise grâce à une psychothérapie de soutien pour rassurer la patiente et améliorer son vécu psycho-émotionnel, mais aussi relever les zones d'ombre qu'avait la patiente pour dire que nous avions fait la psychoéducation grâce à

laquelle nous avions expliqué certains aspects du psychisme, notamment le lien entre pensée, émotion et comportement et, aussi, le système d'auto-renforcement négatif et positif pour enseigner, le cas échéant, la manière de motiver les pensées et le comportement. De ce qu'elle vivait, la patiente avait compris que la M.V.E était une maladie qu'on soignait à l'issue de laquelle on pouvait guérir. Mais aussi, cela lui avait procuré une capacité supérieure de résilience. Ma compréhension de ce symptôme était que cela pouvait être dû aux douleurs atroces que ressentaient la patiente et le sens même que la patiente donnait à la M.V.E.

9.7. Déroulement du traitement et évaluation des progrès

Pour le déroulement du traitement psychologique auprès de la patiente, nous faisions des entretiens matin, midi et soir à travers des parois transparentes. La durée de séance était plus au moins 15 à 30 minutes. Nous avions eu à effectuer plus au moins 15 séances avec notre patiente car elle était décédée au 6ème jour de son hospitalisation.

9.8. Facteurs de complication

Les facteurs ayant compliqué l'intervention psychologique étaient la souffrance physique de la patiente (asthénie physique ; douleurs abdominales, vomissement).

9.9. Accès et obstacles aux soins

Les facteurs ayant facilité la prise en charge de notre patiente était sa présence permanente au C.T.E, mais aussi la collaboration et la confiance que la patiente avait envers l'équipe de prise en charge. Les facteurs ayant entravé la prise en charge : la douleur atroce qu'éprouvait la patiente, mais aussi l'asthénie physique qui ne nous permettait pas de rester longtemps en train d'échanger avec la patiente.

9.10. Suivi

La patiente évoluait bien sur le plan psychologique tel que souligné plus haut. Grâce à nos entretiens psychologiques, elle avait développé une grande capacité de résilience et un espoir de la guérison. Elle était décédée tout en espérant à une guérison prochaine. Elle n'était pas agitée.

9.11. Conséquences de l'affaire sur le traitement

Ce cas nous avait montré l'importance des proches à côté du malade. Son mari ne la quittait pas. Certaines difficultés dans sa prise en charge étaient résolues par le concours de son mari et d'autres membres de famille. Ceci fut un exemple pour le psychologue, dans ce sens que ce dernier devrait toujours associer les membres de famille dans la prise en charge.

9.12. Recommandations aux cliniciens et chercheurs psychologues

Au regard de la littérature, les cliniciens et futurs cliniciens peuvent retenir le fait que les personnes exposées à la MVE connaissent une fragilité sur le plan psychologique et le vécu de la maladie à virus Ebola peut donner lieu à des troubles psychopathologiques importants.

Analyse de cas : BABA NISA IDIE

De sexe féminin, Baba Nisa Idie (BNI), âgée de 24 ans, mariée et mère de quatre enfants, suspectée d'être atteinte de la MVE pour avoir présenté l'asthénie physique, les douleurs généralisées, vomissement et diarrhée, elle est issue de la 10 eme épidémie de la MVE qui a sévi au Nord-Kivu. Le lieu de rencontre était le CTE dans la CUBE et en EPI, car son état épidémiologique était confirmé au virus Ebola.

C'est pendant que le village de BNI à l'Est de la Rd Congo, dans le territoire de Beni connaissait une insécurité grandissante avec une récurrence des tueries et que chaque parent devait veiller sur ses enfants, que BNI, cas suspect de la maladie à virus Ebola, devrait quitter son village, elle et son mari pour le CTE situé à une trentaine de kilomètre de leur lieu d'habitation, laissant derrière eux, seuls, leurs quatre enfants.

C’est dans un environnement caractérisé à la fois par une insécurité accrue et une séparation douloureuse avec ses enfants que le sujet, diagnostiqué positif à la maladie à virus Ebola, a fait une expérience d’un vécu subjectif pénible dans un CTE où les gens et familles se pointaient à tout moment pour pleurer leurs morts chaque jour, avec une maladie qui procurait des douleurs atroces.

BNI était une femme assez travailleuse. Dans la vie, elle ressetait profondément ce qu’elle vivait et ce qu’on lui disait, ses variations d’humeur étaient assez lentes mais profondes. BNI prenait difficilement des décisions, surtout en ce qui concerne ses enfants. C’etait une femme qui ressassait facilement ses souvenirs et les partagait. Il s’agissait d’une personne très pensive quand elle se retrouve dans une situation s’isolement où elle était seule. Il convenait cependant, se comporter avec prudence, vis-à-vis d’elle.

Les réclamations sur la protection et la survie de ses enfants d’abord, avant de se soucier de sa propre survie, reste la composante essentielle de l’expérience du vécu subjectif de BNI par rapport à la MVE. Pour BNI, la maladie à virus Ebola est perçue comme pire catastrophe sans issue pour elle et ses enfants. C’est en fait l’accomplissement de sa mort et de toute sa famille, surtout de ses enfants, mort qui fut une menace par rapport à la guerre, aux groupes armés et au kidnapping, et maintenant avec Ebola.

Bien que confrontée à une situation des suspicions d’une maladie grave et mortelle qui déborde ses capacités d’adaptation et de liaison représentative, BNI refuse même de faire allusion à cette représentation inacceptable de sa propre mort (refoulement et refus), mais n’hésite pas à manifester ses craintes pour ses enfants qu’elle estime être plus exposés au danger des groupes armées (déplacement).

En effet, c’est sa propre peur qu’elle éprouve à travers la peur de ses enfants, avant même de se rendre au CTE. BNI imaginait tout ce qui pouvait aller mal : douleurs, malaises, durée de traitement etc., (anticipation anxieuse). A son arrivée au CTE, évidemment certaines de ses apprehensions se sont manifestées, de la même manière qu’elle y croyait. Cependant, elle a pris soin d’anticiper la tournure finale de son traitement et cela a induit en elle, c’est-à-dire dans sa personnalité, une tendance très anxieuse.

Pour se protéger contre l’anxiété grandissante qui l’envahissait et qu’elle éprouvait de toute évidence, BNI a multiplié les questionnements autour de sa maladie, ses enfants, son mari...l’absence des réponses à certaines de ses questions posées ont plongé BNI dans une détresse psychologique importante, à telle enseigne qu’elle a développé une tendance à la fois asthénique et psychasthénique se justifiant par le manque d’énergie à tous les niveaux jusqu’à s’enfermer dans un retrait apathique.

La mort a fini par prendre raison de BNI, car la perception de la maladie axée sur les idées noires pour elle était trop envahissante. Et la relation a connu du progrès malgré que la mort ait fini par emporter la patiente.

Cas 10. HAPANA UGUMU KWENYEBOLA

10.1. Introduction

Le pseudonyme « Hapana Ugumu Kwenyebola **»,** « HUK » en sigle, est écrit en swahili, l’une des quatre langues nationales de la République Démocratique du Congo et langue maternelle du sujet. Il signifie littéralement «Pas ***de tue-tête avec le virus Ebola, car il est virulent*** » et traduit fidèlement l’histoire de la contamination du patient en présence.

HUK fait partie des jeunes d’un quartier qui ne croyaient pas à l’existence de la maladie à virus Ebola. Le jour où la mère de l’ami de HUK avait trouvé la mort au CTE, ce dernier

était dans le groupe de ceux (jeunes) du quartier qui étaient venus réclamer le corps de la victime en déclarant : « pas d'enterrement digne et sécurisé, c'est nous-mêmes qui allons enterrer notre mère ».

C'est de cette façon qu'ils avaient ravi le cadavre d'une personne morte de la maladie à virus Ebola entre les mains des volontaires de la Croix Rouge qui étaient commis à l'enterrement digne et sécurisé. Et c'est à la suite de cette confiscation du cadavre que HUK s'était fait infecter. Et, c'est quatre jours après son contact avec le cadavre qu'il avait commencé à présenter des signes probants du virus Ebola. Comme cas suspect, il avait été transféré au CTE et les examens de laboratoire avaient confirmé la présence du virus dans le sang. Et, il était mort quelques jours après.

Le cas HUK est issu de la dixième épidémie de la maladie à virus Ebola sur le quinze qu'a connues la République Démocratique du Congo en 2018, épisode qui avait sévi dans les Provinces du Nord-Kivu et de l'Ituri, précisément dans le territoire de Beni, chef-lieu du même nom**.**

10.2. Identité

De sexe masculin, Hapana Ugumu Kwenyebola (HUK) était âgé de 17 ans. Il était élève du secondaire à Beni. Nous nous sommes rencontrés au CTE, au Nord-kivu et en ville de Beni. Il avait été admis d'abord comme suspect, puis confirmé après la première PCR, avec comme symptômes somatiques : douleurs abdominales, diarrhée, asthénie physique intense, saignement, vomissement, fièvre, anorexie, frissons, tachycardie et hypertension. Il faisait partie des gens qui avaient ravi le cadavre de la maman de leur ami au CTE de Beni.

10.3. Présentation des plaintes

A son admission, nous l'avions trouvé dans la zone à faible risque comme suspect, puis dans la CUBE numéro 7 quand il avait été confirmé. Et là, nous étions habillés en combinaison.

Les symptômes psychologiques suivants avaient motivé notre consultation : le sentiment de culpabilité, le désespoir, l'angoisse élevée de la mort, l'hypovigilance, le refus de collaborer, le sentiment d'autodestruction, l'humeur triste, l'irritabilité, les pleurs, la peur.

10.4. Histoire

HUK, était un jeune homme de 17 ans, résidant à Beni, élève dans un Institut de la place en cinquième année, option construction. Il était activiste d'un groupe des jeunes pour le développement communautaire.

Il avait été contaminé à la suite du vandalisme du cercueil funèbre de cadavre d'une dame, mère de son ami, par un groupe des jeunes dont il faisait partie après sécurisation de la dépouille mortelle par les équipes de riposte. Les premiers symptômes étaient apparus en date du 5 Octobre 2018.

Il avait à son tour contaminé plusieurs autres personnes dans un centre de santé de la place où il était en hospitalisation avant son admission au CTE. Parmi ses contacts on citait une enfant de 3 ans, guérie ; une autre fille de 21 ans, décédée ; et un autre monsieur, lui aussi, décédé. Dans sa famille, il n'y avait pas eu de décès par la maladie virale Ebola.

Face à sa vulnérabilité psychologique, nous avions mis en œuvre la psychothérapie de soutien, appuyé par la désensibilisation systématique, la psychoéducation, et le renforcement positif.

10.5. Evaluation

Comme diagnostic, nous avions retenu l'état dépressif et la névrose d'angoisse. Nous nous étions servis de l'entretien et observation clinique.

10.6. Conceptualisation du cas

Nous avions choisi la psychothérapie de soutien et la psychoéducation pour atténuer la peur intense et lui rassurer de notre présence pendant son hospitalisation. La désensibilisation systématique nous avait permis d'éradiquer les pensées négatives qu'il avait et de le déculpabiliser. Nous avions agi par la psychoéducation pour éradiquer le sentiment d'autodestruction.

Le patient avait compris à travers les manifestations douloureuses de la maladie qu'Ébola était une maladie réelle, qui existe et qui tue, « ...certainement si je souffre maintenant et si je vais mourir, ça sera à cause des actes que moi-même j'ai posés », telle fut sa déclaration faite à l'un des membres de sa famille. Mais malgré ça, devant le personnel soignant il dit toujours : *« ça va bien, ça va très bien »*.

10.7. Déroulement du traitement et évaluation des progrès

Le patient n'avait pas fait un long moment en hospitalisation. Il était décédé au bout de cinq jours. Nous avions eu treize séances d'entretien avec lui dont trois séances par pour une durée de 15 à 20 minutes chacune.

10.8. Facteurs de complication

Parmi les facteurs qui avaient impacté sur notre prise en charge, on avait noté les souffrances somatiques du patient : la baisse de l'énergie, difficultés de parler, avec un sentiment de culpabilité très prononcé.

10.9. Accès et obstacles aux soins

Les éléments ayant facilité la prise en charge de ce patient furent l'acceptation du diagnostic, la confiance du patient en la prise en charge médicale, la crainte du pire, le climat favorable de la prise en charge des patients, le port des équipements de protection individuelle de biosécurité. Le facteur ayant entravé la prise en charge, c'est la rapidité avec laquelle l'état de santé du malade se détériorait.

10.10. Suivi

Signalons ici que le patient était décédé. Au cours de sa prise en charge, les problèmes psychologiques qui s'étaient améliorés étaient l'adhérence au traitement et les comportements suicidaires. Malheureusement, HUK était décédé.

10.11. Conséquences de l'affaire sur le traitement

A partir de ce cas, on retient que le comportement de vandalisme de la population avait exposé la communauté à la contamination et à la propagation du virus Ébola. A cela s'ajoute le déni de la population de l'existence de la maladie virale Ébola. Les autres psychologues doivent savoir qu'être atteint de la maladie à virus Ébola impacte sur la santé mentale de l'individu. Pour ce cas, on cite l'angoisse élevée de la mort, le sentiment d'autodestruction comme atteinte psychologique. Le psychologue doit amener les communicologues à vulgariser l'existence de la maladie à virus Ébola dans la communauté, sensibiliser la communauté sur le mode de contamination.

10.12. Recommandations aux cliniciens et chercheurs psychologues

Les autres cliniciens doivent être attentifs et disponibles pour apporter un soutien psychologique permanent aux patients admis au centre de traitement Ébola. Ils doivent également travailler en synergie avec les autres équipes dans la riposte contre Ébola afin d'assurer une prise en charge holistique des patients.

Analyse de cas : HAPANA UGUMU KWENYEBOLA

De sexe masculin, Hapana Ugumu Kwenyebola (HUK) est âgé de 17 ans. Les rencontres avec le psychologue se passaient au CTE. Il avait été admis d'abord comme suspect, puis confirmé après les premiers résultats de Laboratoire, avec comme symptômes somatiques : douleurs abdominales, diarrhée, asthénie physique intense, saignement, vomissement, fièvre, anorexie, frissons, tachycardie et hypertension. Il faisait partie des gens qui avaient ravi le cadavre de la maman de leur ami au CTE de Beni.

A son admission, le psychologue l'a reçu dans la zone à faible risque comme suspect, puis dans la CUBE quand il avait été confirmé. Et là, le psychologue était habillé en EPI.

Les symptômes suivants avaient motivé la consultation psychologique : le sentiment de culpabilité, le désespoir, l'angoisse élevée de la mort, l'hypovigilance, le refus de collaborer, le sentiment d'autodestruction, l'humeur triste, l'irritabilité, les pleurs, la peur.

C'est quelques jours après avoir confisqué le cadavre de la mère d'un de ses amis, décédée à la suite de la maladie à virus Ebola entre les mains des acteurs de l'enterrement digne et sécurisé (EDS), que HUK fut d'abord détecté comme suspect à la maladie à virus Ebola, puis diagnostiqué positif au virus Ebola après la réalisation des examens de laboratoire à cet effet.

Bien que confirmé au virus Ebola, HUK ne donnait pas l'air d'un malade gravement atteint. C'est comme quelqu'un qui avait réellement l'expérience de son vécu de se sentir malade.

Un jeune homme fort de corpulence, prêt à défendre ses opinions. Comme malade, il n'explique pas clairement ses ressentis psycho émotionnels liés à son vécu de maladie, et se sent souvent incompris dans ses relations soigné – soignant. Il a l'impression d'être rejeté par le personnel soignant vu les conditions de sa contamination et il craint la perte de son Moi. C'est ainsi qu'il manque d'assurance dans ses contacts avec les autres malades.

L'ambivalence dans les comportements de HUK, d'une part, il accepte d'être transféré au CTE après qu'il ait présenté des signes semblables à ceux de la MVE, et de l'autre, le sujet est vraiment réservé de dire clairement au personnel soignant ce qu'il ressent, ceci reste la composante essentielle de l'expérience du vécu subjectif de HUK par rapport à la MVE. C'est ainsi que le doute persiste dans la perception de HUK vis-à-vis de la maladie à virus Ebola malgré les symptômes manifestes.

HUK était parmi de ces habitants de Beni qui ne croyaient pas à l'existence de la MVE comme maladie réelle (déni). Quand il a commencé la maladie, malgré les symptômes manifestes et ses effets, HUK a continué à se montrer toujours fort comme il l'avait fait bien avant au moment de la confiscation du cadavre d'une personne confirmée d'Ebola (agressivité). Mais au fond, il savait combien il était vulnérable et ~~il~~ a adopté sans le savoir les comportements liés à la formation réactionnelle.

Avec l'évolution de la maladie due à des symptômes particulièrement douloureux, HUK était devenu triste et semblait manquer d'énergie. Le sujet s'est enfermé alors dans un état apathique marqué par une distanciation protectrice, faite d'indifférence affective, de restriction des stimulations interactionnelles.

Devant cette réalité induite par la MVE, HUK avait commencé à manifester une soumission passive auto-entretenue inhabituelle dans les relations soignants-soigné (retrait apathique) jusqu'à rendre l'âme.

Cas 11. Nalingi Kozonga Mboka

11.1. Introduction

Le pseudonyme « Nalingi Kozonga Mboka », est en Lingala, l'une de quatre langues nationales de la République Démocratique du Congo. Il signifie littéralement « Laisses-moi rentrer dans mon village natal » et traduit fidèlement le vécu subjectif du patient en présence. C'est cette phrase qu'il ne cessait de rappeler à ses soignants, pour dire que sa maladie ne concernait pas leurs spécialités et qu'on devrait le retourner à son village pour aller se soigner. Pour lui et sa famille, sa maladie était liée à la sorcellerie.

11.2. Identité

De sexe masculin, marié et père de trois enfants, Nalingi Kozonga Mboka (NKM) était âgé de 32 ans. Il n'était pas allé loin avec sa scolarité, c'est un monsieur du niveau primaire. Il habitait dans un village situé à 12 kilomètres de l'épicentre de la 6ème épidémie de la Maladie à Virus Ebola (Isiro 2012), dans l'ancienne Province Orientale devenue l'actuelle Province de Haut Uélé. Il était d'abord reçu à l'hôpital général d'Isiro là où il avait été admis aux soins pour un malaise confus le 19 août. C'est par après qu'il va présenter la fièvre, la diarrhée, la fatigue, les douleurs abdominales, les céphalées, la conjonctivite, la toux, les difficultés de respiration, l'anorexie, le saignement, l'épitaxie. C'est à cause de ces symptômes patents que NKM avait été transféré en isolement le samedi 25 aout 2012 en attendant les examens du laboratoire pour Ebola, ensuite au CTE où NKM va mourir mardi 28 aout 2012.

Un homme d'une instabilité émotionnelle remarquable pendant les entretiens, NKM s'exprimait en ses émotions et ses souffrances. D'un regard vide, dirigé vers le haut à droite, il s'ennuyait pendant les entretiens.

11.3. Présentation des plaintes

NKM avait été admis à l'Hôpital Général d'Isiro là où nous l'avions reçu pour la toute première fois. Ensuite, il avait été transféré en l'isolement, là où nous l'avions reçu à plusieurs reprises. Les entretiens avec ce dernier se passaient dans la grande salle des malades confirmés, et nous étions habillés en EPI (équipement de protection individuel). Les problèmes psychologiques pour lesquels NKM avait été reçu en entretien duel se resumaient en des menaces de quitter l'hôpital pour rentrer au domicile parce qu'une prophétie était sortie à l'église où priait le patient dans son village, comme quoi : *« La maladie de NKM se trouvait entre les mains des sorciers bien identifiés ; il fallait que ce dernier rentre au village dans son église pour les séances des prières spécifiques d'exorcisme ; s'il restait à l'hôpital il n'allait pas dépasser mardi, il allait mourir* » et là, on était le vendredi 24 aout 2012.

L'auteure de la prophétie est sa tante qui priait dans la même église que le patient. Une femme virago qui avait le caractère autoritaire et les attitudes viriles d'un homme. Elle était parmi les trois gardes-malades de NKM au CTE, dont sa mère et sa femme.

Entre-temps, les autres membres de famille et les jeunes du village avaient quitté le village pour Isiro à l'hôpital Général en vue de réclamer leur frère, suite à la prophétie. Un entretien de groupe fut organisé avec les membres de famille ainsi que les jeunes du village du patient. Et là, nous sommes vendredi par rapport au mardi dont parlait la prophétie.

Lors de cet entretien, un compromis avait été trouvé entre le psychologue et les membres de famille, c'est-à-dire que les membres de famille et les jeunes devraient rentrer au village pour faire les jeûnes et prières à l'église, quelques-uns devraient rester comme gardes-malades. Et le psychologue, les médecins et les infirmiers s'occupaient de l'aspect thérapeutique du malade. La division du travail avait été bel et bien respectée.

11.4. Histoire

NKM était l'un des malades confirmés au virus Ebola de la cinquième épidémie (Isiro 2012) et qui était décédé au 10ème jour de son hospitalisation. Il habitait le village Kome situé à 14 km d'Isiro, l'épicentre d'épidémie. Il était un fermier formé sur le tas. Dans la vie active, il combinait, le travail de la ferme et le travail de champs. NKM s'était fait infecter lors du transport d'un cadavre, en l'occurrence le corps de sa tante cas probable, vers son village.

Les entretiens avec les membres de famille (son épouse, sa mère ainsi que sa tante) avaient révélé que NKM était un monsieur plein d'égards envers autrui. En général, il n'éprouvait aucune peine à prendre à cœur les besoins des autres et que ses rapports avec le prochain étaient empreints de pondération et de paix. Dans ses relations, il était dépendant, car il recherchait toujours la proximité des autres. A l'église, il aimait le travail ecclésial et les autorités ecclésiales lui faisaient confiance. C'est quelqu'un qui était soumis à ses supérieurs. Il ne contestait pas et il était coopérant. Dans le couple, il ne cherchait pas à dominer ou à imposer son point de vue, mais préférait régler tout différend à l'amiable avec sa femme.

La prise en charge de NKM avait commencé avec ses menaces de quitter volontairement l'hôpital pour rentrer chez lui en communauté et surtout au sein de son église, car il croyait fermement à la prophétie. Devant cette pression du patient et des membres de son village et en notre qualité de psychologue, nous avions organisé des séances d'entretiens individuels avec le patient pour éclairer et renforcer sa conscience sur sa maladie, puis le persuader d'accepter sa maladie, enfin de le convaincre à rester à l'hôpital pour les soins appropriés d'une part, et de nous permettre d'organiser une séance de psychopalabre avec les personnes ressources de la famille présentes à l'hôpital ainsi que quelques jeunes du village, d'autre part.

Le jour suivant, NKM était transféré au CTE, où nous avions continué avec la série d'entretiens de soutien psychologique, le renforcement du Moi ainsi que la psychopalabre. Ce qui était étonnant, c'était le décès de NKM le mardi, même jour de la prophétie.

11.5. Evaluation

Tout au long de toutes nos rencontres avec NKM, il était inhibé, ne parlait pas trop, répondait juste aux questions, pas plus. La seule parole qu'il pouvait prononcer, c'était de dire : « *je veux rentrer dans mon village* ». Il *avait* un regard vide comme quelqu'un qui ne s'intéressait pas à l'entretien. Toujours pensif et faible. A l'hôpital, tout comme au CTE, il était toujours en position endormi.

NKM semblait être dans un état de stupeur émotive dans lequel il restait figé, inerte, qui donnait l'impression d'une perte de connaissance et qui l'enfermait dans le silence et l'incapacité de dire l'épouvante de sa maladie (sidération).

Quand le psychologue lui parlait, il s'autocontrôlait comme quelqu'un qui ne voulait pas perdre son Moi. Surtout, il n'était pas prêt à adopter ce que disait le psychologue. Comparé au profil du sujet tel que décrit par ses proches, on sentait un sentiment de perte de sens de soi-même, dans lequel NKM ne possédait aucun contrôle de sa maladie (crises d'angoisse). Selon les déclarations de sa femme, NKM se sentait avoir changé. C'était comme si son corps ne lui appartenait plus. Une grande prise de recul par rapport à soi-même était ressenti (dépersonnalisation).

Psychologiquement, NKM résistait à toutes les propositions que le psychologue lui formulait, il résistait même à ses habitudes, aux automatismes, aux tentations, aux distractions ou interférences (inhibition).

De ce qui précède, nous avions posé le diagnostic du stress psychotraumatique avec d'importants symptômes : la sidération, la dépersonnalisation, la crise d'angoisse et sa mort

intervient dans un tableau de l'inhibition sensori-motrice, données issues des entretiens duel et familial. Chez NKM, la sidération agissait comme un arrêt du temps qui le figeait dans une blessure psychologique traumatique (ne pas respecter la prophétie), jusqu'à le plonger dans une culpabilité irrationnelle au point que ses émotions semblaient être pratiquement absentes.

11.6. Conceptualisation du cas

Pour l'intervention psychosociale auprès de NKM, notre choix avait été d'abord porté sur les techniques de la thérapie humaniste où nous redynamisions son moi que nous avions jugé faible, pour l'amener à accepter sa situation, à faire un effort pour lutter contre cette maladie car ce n'était pas la première fois qu'il tombait malade ; ensuite sur la psychopalabre, une forme de psychothérapie traditionnelle adaptée à la culture africaine pour résoudre les problèmes qui touchaient la coutume, la sorcellerie ; enfin, sur quelques techniques de la thérapie cognitivo-behavioriste en appui aux exemples des cas déjà guéris pour servir de référence au patient. Il promettait de fournir un peu d'effort pour copier le comportement adapté qui était proposé, mais n'y arrivait toujours pas.

Pour le patient, sa maladie est un envoûtement dû à la sorcellerie.

De NKM, nous avions compris que le sujet était totalement emporté par la prophétie divine, il ne croyait plus à toutes les explications que les professionnels de santé lui donnaient sur sa maladie, il l'exprimait en ce mots :

« *...je veux rentrer dans mon village* ». S'il reste à l'hôpital, il ne va pas passer mardi, il va mourir, dit sa tante et NKM répète, « *…si je reste à l'hôpital, je ne vais pas dépasser le mardi, je vais mourir* », « ...laisse-moi *rentrer dans mon village* ».

C'est ainsi que le patient était mort le jour même de la prophétie, on l'avait trouvé mort, avec un visage calme le corps très bien arrangé comme si quelqu'un d'autre l'avait fait ou alors qu'il se serait arrangé de lui-même avant de mourir. Les autres malades avaient su que NKM était mort dès l'entrée des professionnels de santé, qui s'étaient mis à manipuler le corps.

Nous avions pensé que NKM était mort par suggestion, il s'était suggéré la mort, par inhibition, il avait inhibé ses organes de sens. Il n'avait pas lutté un seul instant pour sa guérison, car il avait affaire à Dieu, la prophétie était venue de Dieu, un être suprême qui avait déjà donné la sentence qui l'avait condamné à mort, « *…..S'il reste à l'hôpital, il ne va pas dépasser mardi, il va mourir* », cela dénote une structure hystérique.

11.7. Déroulement du traitement et évaluation de progrès

Le contact avec NKM était très difficile. Il ne parlait pas assez et ne répondait juste qu'aux questions posées. C'est ainsi qu'il nous avait semblé difficile de procéder de façon rapide à une évaluation initiale avec le sujet. Il était difficile d'identifier ses points forts, mais nous avions identifié vite ses faiblesses.

L'alliance thérapeutique fut difficile à établir avec NKM, c'est ainsi que nous avions eu à tout moment sa femme pendant les entretiens à l'hôpital pour faciliter le contact et aussi jouer le rôle de l'interprète entre le patient et le psychologue.

Compte tenu des difficultés d'établir une relation avec NKM d'une part, et de ses faiblesses, son inertie vis-à-vis de sa maladie d'autre part, nous avions décidé de recourir à certaines techniques de psychothérapie interactionnelle humaniste de manière à nous centrer sur le ressenti et les préoccupations du patient afin de fortifier le Moi. Et aussi, nous avions décidé de soutenir de façon régulière la victime (psychothérapie de soutien), qui n'avait pas jusque-là confiance ni aux traitements médicamenteux, ni au personnel soignant. La psychopalabre avait été associée pour résoudre les problèmes des conflits traditionnels ainsi que des problèmes magicoreligieux.

NKM avait été consulté huit jours sur dix jours lorsqu'il était en hospitalisation, et ce, avant de mourir. Des séances duraient 15 à 20 minutes quand il était admis à l'hôpital général et de 5 à 8 minutes quand il était transféré au CTE.

Le patient était encore fort physiquement, n'ayant pas d'amaigrissement, mais faible psychologiquement. Et sa mort avait étonné le personnel soignant. Une mort brusque, bien que dans la lutte contre Ebola. Les séances d'entretien avaient continué au profit des membres de famille et des jeunes du village.

NKM n'avait pas bien évolué sur le plan psychologique tout comme sur le plan organique, l'annonce de la prophétie était brutale et traumatisante pour lui, il était resté fixer à cette sentence : « …..*s'il reste à l'hôpital, il ne va pas passer le mardi, il va mourir* » jusqu'à tirer sa révérence.

11.8. Facteurs de complication

Plusieurs facteurs avaient compliqué notre intervention auprès de NKM. Primo, le poids de la mauvaise nouvelle emanant de la prophétie, il était resté anxieux par rapport à cette triste nouvelle. C'est ça qui avait fait que toute l'attention du sujet, ses forces soient localisées sur cette mauvaise nouvelle et qu'il soit absent dans presque tous les entretiens. Secundo, ce sont les conditions difficiles de travail en EPI. Il fallait faire un effort considérable pour que le sujet entende le psychologue et, surtout que NKM n'était pas seul dans cette grande salle des cas confirmés. Ils y étaient plusieurs malades en souffrance. Tertio, c'est le manque d'un endroit calme et discret pour un travail psychologique confidentiel. Le cadre pour garantir un environnement calme, dans lequel le sujet pouvait se sentir en sécurité pour de nouvelles expérimentations et l'acceptation de soi, n'était pas respecté.

Quarto, ce sont les conditions de travail au CTE, on ne pouvait pas entrer seul, c'était toujours en équipe pour se contrôler et on se parlait à tour de rôle, cela cassait le rythme du travail.

11.9. Accès et obstacles aux soins

La présence de NKM dans sa chambre de l'hôpital d'une part, et dans la salle du CTE d'autre part, reste le principal facteur de facilitation de nos interventions auprès du patient. Et aussi, la présence resistante des personnes ressources de la famille (sa mère, sa femme et sa tante) non collaborante pour le patient et les attitudes de ce dernier avaient beaucoup constitué les points d'obstacles à la prise en charge. Le manque de confidentialité était également un obstacle, dans ce sens que tous les malades se retrouvaient dans une même salle, il n'y avait pas moyen de se concentrer sur un malade, d'aller en profondeur et surtout de parler de l'intimité du patient.

11.10. Suivi

Depuis sa première hospitalisation à l'hôpital général d'Isiro jusqu'au CTE, NKM était resté le même : faible, ne parlait pas trop, répondait juste aux questions, trop peu de stimulations. Il n'avait pas du tout évolué sur le plan psychologique tout comme sur le plan biologique jusqu'à la mort. Il était trop envahi par l'angoisse de la mort, par l'anxiété de la prophétie et par une grande culpabilité irrationnelle.

11.11. Conséquences de l'affaire sur le traitement

La mort de NKM avait fait peur à tous les membres de l'équipe d'intervention, car le problème de sa prophétie était discuté à la coordination et tout le monde était au courant que la prophétie disait que si NKM restait à l'hôpital, il ne dépasserait pas mardi. Alors, c'est le même mardi qu'il était décédé. Les activités étaient paralysées ce jour-là, tous les expatriés avaient vidé le CTE et rappelés au Quartier Général. Ceux qui s'étaient rendus dans la communauté avaient été

rappelés d'urgence et mis en garde, et tous les membres de l'équipe d'intervention étaient tenus à l'œil. Donc, tout le monde s'attendait aux représailles.

Ce cas nous renseignait beaucoup sur la notion du ***sens*** que le patient ainsi que ses proches donnaient à la maladie qui les préoccupait, bien que NKM soit décédé du virus Ebola. Mais, pour lui et sa famille, c'était la sorcellerie. Cette conception avait bloqué l'alliance thérapeutique avec le sujet et avait compliqué les relations avec la famille du patient.

La prise en charge psychosociale ne s'était pas arrêtée avec la mort du patient, elle était allée au-delà, plusieurs semaines, voire des mois après la mort. Elle s'était exercée auprès des proches de l'illustre disparu. Ce qui avait été fait dans le cas de NKM, il fallait palabrer avec la famille, l'église et le village pour réparer et aplanir les malentendus, c'esr pourquoi avions recouru à la psychopalabre.

Et, dans les stratégies, en psychologue, nous avions adopté le principe de Solomon (2007) : immédiateté, brièveté, proximité et espérance (retour à la vie normale) qui relève de la psychologie positive. Ce principe veut dire que les interventions dans les situations d'urgence doivent arriver immédiatement après coup, pas trop traîner pour intervenir, et que ces interventions doivent être brèves, pas tirer les choses en longueur, car il se pose un problème de mémoire dans la situation de crise. Aussi, que l'intervenant doit être sur le lieu d'intervention proche des victimes, en présence des victimes. Enfin, lors des interventions, l'intervenant doit donner l'espoir aux victimes, doit miser sur le retour à la vie normale.

11.12. Recommandations aux cliniciens et chercheurs psychologues

Au regard de la littérature scientifique sur la réalité psychique, il faut chercher à savoir quel est le sens que le patient donne à sa maladie. Si le sens du clinicien diffère de celui du patient, c'est au psychologue de ramener les deux types de connaissance ensemble. Il ne faut pas rejeter le savoir du sujet, le considérer, puis le confronter à la réalité.

Avec la situation de NKM, nous l'avions perdu, c'était vrai, mais nous avions évité les représailles de son village grâce au principe de Solomon.

Analyse de cas : Nalingi Kozonga Mboka

De sexe masculin, marié et père de trois enfants, Nalingi Kozonga Mboka (NKM) était âgé de 32 ans. Il habitait dans un village situé à 12 kilomètres d'Isiro, l'épicentre de la 5ème épidémie de la Maladie à Virus Ebola (2012), dans l'ancienne Province Orientale devenue l'actuelle Province de Haut Uélé.

NKM était d'abord reçu à l'hôpital général d'Isiro, où il avait été admis aux soins pour un malaise confus. C'est par après qu'il va présenter la fièvre, la diarrhée, la fatigue, les douleurs abdominales, les céphalées, la conjonctivite, la toux, les difficultés de respiration, l'anorexie, le saignement, l'épitaxie. C'est à cause de ces symptômes patents que NKM avait été transféré en isolement en attendant les examens du laboratoire pour Ebola, ensuite au CTE où NKM va rendre l'âme.

Animé par une instabilité émotionnelle remarquable pendant les entretiens, NKM s'exprimait en ses émotions et ses souffrances. D'un regard vide, dirigé vers le haut à droite, il s'ennuyait pendant les entretiens.

NKM avait été admis à l'Hôpital Général d'Isiro où il avait été reçu par le psychologue pour la toute première fois. Ensuite, il avait été transféré en l'isolement, où tous les entretiens psychologiques ont été poursuivis. Les entretiens avec ce dernier se passaient dans la grande salle des malades confirmés, et le psychologue était habillé en EPI. Les problèmes psychologiques pour lesquels NKM avait été reçu en entretien duel se resumaient en des menaces de quitter l'hôpital pour rentrer au domicile parce qu'une prophétie était faite à l'église où priait le

patient dans son village, comme quoi : *« La maladie de NKM se trouvait entre les mains des sorciers bien identifiés ; il fallait que ce dernier rentre au village dans son église pour les séances des prières spécifiques d'exorcisme ; s'il restait à l'hôpital il n'allait pas dépasser mardi, il allait mourir* » et là, on était le vendredi 24 aout 2012.

L'auteure de la prophétie est sa tante qui priait dans la même église que le patient. Une femme virago qui avait le caractère autoritaire et les attitudes viriles d'un homme. Elle était parmi les trois gardes-malades de NKM au CTE, dont sa mère et sa femme.

Entre-temps, les autres membres de famille et les jeunes du village avaient quitté le village pour Isiro à l'hôpital Général en vue de réclamer leur frère, suite à la prophétie. Un entretien de groupe fut organisé avec les membres de famille ainsi que les jeunes du village du patient. Et là, nous étions vendredi par rapport au mardi dont parlait la prophétie.

Lors de cet entretien, un compromis avait été trouvé entre le psychologue et les membres de famille, c'est-à-dire que les membres de famille et les jeunes devraient rentrer au village pour faire les jeûnes et prières à l'église, quelques-uns devraient rester comme gardes malades. Et le psychologue, les médecins et les infirmiers s'occupaient de l'aspect thérapeutique du malade. La division du travail avait été bel et bien respectée.

C'est pendant que NKM observait le deuil de sa tante qu'il avait commencé à sentir des malaises qui l'avait conduit à l'hôpital, c'est de là qu'il était suspecté comme personne à haut risque.

NKM a expérimenté le vécu subjectif de la MVE dans un conflit aversif – aversif caractérisé par des grandes charges émotionnelles renforcées par la prophétie de sa mort ainsi que d'une maladie grâve et mortelle.

Les dispositions particulières qui frappent d'emblée chez le sujet sont que NKM, d'une part, se présente comme une personne nimbée d'égards envers les autres et, d'autre part, comme celle n'éprouvant aucune peine à prendre à cœur les problèmes des autres.

D'où, sa nature dépendante et servile, voilà ce qui caractérise les faiblesses et amertumes de sa personnalité. C'est ainsi que devant la prophétie qui présage la mort et la suspicion de la MVE, le sujet ne fait plus confiance en lui-même, sous-estime ses aptitudes et ses capacités de résilience disparaissent subitement. De ce vécu, NKM perd tout intérêt à ses activités habituelles, ses performances s'amoindrissent sensiblement et cela donne lieu à la maladie. Le renoncement à la lutte contre la maladie à cause de la sentence de la prophétie reste la composante essentielle de l'expérience du vécu subjectif de NKM par rapport à la MVE.

Pour NKM, la maladie à virus Ebola est perçue comme un facteur d'accomplissement de la sentence de la prophétie qui a annoncé sa mort. Dans le premier temps de sa maladie non encore élucidé ainsi qu'à l'annonce de résultat de la MVE, NKM est confronté à une situation qui déborde ses capacités de liaison représentative, il se trouve aux prises avec des excitations réfractives qui menacent son intégrité psychique, repousse et maintient hors de sa conscience la situation menaçante (refoulement).

NKM ne pouvait donner un sens acceptable à sa maladie, car une connotation spiritualiste et prophétique y était associée. Il s'était effondré et était devenu abnubilé (sidération) mais aussi triste, sans énergie et s'était enfermé dans un état apathique (retrait apathique). Dans ses relations des soins, NKM n'attendait pas que la guérison découle des mains des professionnels de santé, mais plutôt comptait être libéré pour entamer la démarche de sa guérison dans son église. C'est ainsi que de son maintien au CTE, le sujet s'était senti abandonné à son triste sort, jusque à tirer sa révérence.

Cas 12. Loba Nasala Nini

12.1. Introduction

Le pseudonyme « Loba Nasala Nini », est en Lingala, l'une de quatre langues nationales de la République Démocratique Congo, qui veut littéralement dire « Dis-moi que faire pour être guéri de cette maladie ? » et traduit fidèlement le vécu subjectif de la patiente en présence. Cette phrase interrogative est la réponse d'une patiente à l'annonce du premier mot du psychologue dès leur première rencontre au CTE. Le psychologue dit à la patiente : « je t'ai apporté une bonne nouvelle, c'est ta guérison », la patiente était une mère de cinq enfants qui avait déjà perdu dans deux semaines son mari, son père, son oncle dans cette même épidémie et elle-même se trouvait malade du même virus.

12.2. Identité

Loba Nasala Nini (LNN), 24 ans, de sexe féminin, mariée et mère de cinq enfants, elle avait fait 2 ans du niveau secondaire. Elle avait été déclarée cas confirmé au virus Ebola après les examens de laboratoire. LNN habite Inkana mongo, le village de cas index de la 7ème épidémie de la Maladie à Virus Ebola (Boende 2014) dans l'ancienne Province de l'Equateur, l'actuelle Province de la Tshuapa. Elle était admise au CTE le 24 septembre 2014 pour avoir présenté la fièvre, les céphalées, la diarrhée, les douleurs abdominales, la fatigue généralisée, l'anorexie et l'infection conjonctivale et était sortie guérie le 04 octobre 2014.

Elle avait été reçue successivement en entretiens duels d'abord à domicile, puis au CTE, encore à domicile après sa guérison.

Pendant les entretiens, LNN faisait un effort de donner une bonne impression mais elle était toujours trahie par ses émotions, l'expression faciale angoissante avec une bouche en ligne fine. Par moments, LNN sortait de l'entretien et restait pensive pendant un laps de temps avant de revenir à l'entretien.

12.3. Présentation des plaintes

LNN avait été reçue successivement, à la maison en tant que veuve d'un cas positif décédé, au CTE en tant que malade déclarée du virus Ebola et à domicile comme convalescente. A domicile, les entretiens duels se faisaient sans EPI alors qu'au CTE, nous mettions l'EPI pour mener les entretiens.

LNN avait fait l'objet des consultations psychologiques d'abord en tant que veuve car elle devrait être accompagnée dans le travail de deuil. Et au CTE, la patiente faisait l'objet de refus de s'alimenter, de la non observance des traitements médicamenteux, des pleurs sans cesse au sujet de ses enfants, de son père et de son époux tous décédés de la même maladie.

12.4. Histoire

LNN était une femme mariée et mère de cinq enfants comme signalé dans la partie introductive. Elle habitait Inkana Mongo, le foyer de la 7ème épidémie qui avait sévi à l'ancienne Province de l'Equateur, secteur de Djera, l'actuelle Province de Tshuapa. LNN était infectée par son mari qui avait développé la même maladie et en était décédé. Dans cette épidémie, en plus de son mari, elle avait déjà perdu son père et son oncle et les deux étaient aussi infectés par son mari. C'est ce qui justifiait aussi sa grande culpabilité. Plusieurs personnes étaient mortes dans ce village (Inkana Mongo) parmi lesquelles les voisins et les amis de LNN.

Les entretiens avec ses proches avaient révélé que LNN était une personne qui aimait le contact humain. Elle était très sensible aux problèmes des autres. Elle était une bonne camarade de jeu et se dévouait volontiers quand on avait besoin d'elle, et ne faisait pas de différence entre ses enfants et ceux des autres. Sa sensibilité faisait qu'elle prenait tout à cœur, se culpabilisait trop et ruminait même les choses qui étaient passées il y a longtemps.

La prise en charge avait commencé à domicile en tant que veuve, car après avoir perdu son mari, son père et son oncle, elle était accompagnée dans le travail de deuil, surtout qu'elle était en train d'observer le deuil de ses trois illustres disparus. Elle était au moins visitée trois fois par semaine.

A l'admission, LNN avait bénéficié d'une préparation psychologique, c'était une façon de lui montrer comment se passait la vie dans le CTE, qu'est-ce qu'elle pouvait faire et qu'est-ce qu'elle ne pouvait pas faire, comment elle devait communiquer, manifester ses besoins, comment se passait la restauration. En bref, une préparation pendant laquelle toutes les conditions de vie au CTE sont briefées. Pendant ce moment, la patiente était amenée à se débarrasser de ses peurs, de ses préjugés sur le CTE. Et cette prise en charge avait continué pendant son séjour au CTE : avec une préparation psychologique à chaque prélèvement du sang pour les examens de laboratoire, avec une préparation psychologique à chaque annonce des résultats de laboratoire et avec un recours aux techniques psychothérapeutiques appropriées à tout problème psychologique que présentait le sujet. Enfin, la prise en charge s'était poursuivie jusqu'après sa sortie du CTE, donc à domicile.

12.5. Evaluation

Compte tenu du tableau clinique présenté par la patiente (on peut le résumer par le taux d'angoisse élevé de la mort, le refus de s'alimenter, la non observance du traitement, les pleurs sans cesse, la détresse psychologique, le sentiment de culpabilité, la peur intense…), nous avions posé le diagnostic du stress psychotraumatique lié à un traumatisme complexe avec un versant d'un état dépressif caractérisé par l'amaigrissement dû au refus de s'alimenter, associé à plusieurs plaintes et lamentations liées au soucis de ses enfants et surtout de son bébé qui avait à peine 3 mois.

12.6. Conceptualisation du cas

Comme veuve, non encore déclarée cas positif de la maladie à virus Ebola, en psychologue, nous avions décidé de la soutenir (psychothérapie de soutien) et de l'accompagner à faire le travail de deuil (thérapie de deuil). Comme malade déclarée du virus Ebola, nous avions continué avec le soutien (psychothérapie de soutien) et nous avions également procédé à une intervention de crise associée à la technique des TCC : thérapie d'acceptation. Comme convalescente, nous avions poursuivi avec le soutien psychologique et la psychothérapie psychoéducative.

Nous avions fait usage de thérapie par photos qui avait consisté à photographier la patiente pour aller présenter ses photos à ses enfants et au reste des membres de famille et vis-versa. C'était une façon de réduire la distance affective qui séparait la malade des autres proches, une séparation due à l'aspect phobogène du CTE et, aussi, de rassurer les uns et les autres de l'état de santé de la personne malade.

Le soutien avait été utilisé pour redonner au sujet les ressources lui permettant de lutter contre les problèmes personnels et sociaux (la stigmatisation) après l'hospitalisation, et la psychoéducation avait été utilisée pour amener le sujet à avoir connaissance des mécanismes de symptômes manifestes. Il les exprimait en ces termes, notamment : *«...je n'ai pas d'appétit, ni envie de prendre les médicaments pour cette maladie, moi qui ai perdu mon mari, mon père et mon oncle dans ci-peu de temps, eux aussi prenaient les médicaments ». «...mon bébé continue à pleurer...» «...mes enfants ont mangé..» «...je n'ai envie de rien, ni de manger, ni de prendre les médicaments devant une maladie qui a emporté mon mari, mon père et mon oncle».*

Après les séances psychoéducatives, LNN avait compris que tous ses symptômes manifestes n'étaient pas seulement dus au virus Ebola mais aussi à sa perception personnelle sur la maladie, ce qui avait aggravé ses symptômes.

De la patiente, nous avions compris que le traumatisme complexe était dû d'abord à la disparition de son mari, ensuite à la disparition de ses membres de famille, notamment son père et son oncle infectés par son mari. Cela avait été à la base d'une grande culpabilité chez la patiente du fait que le père et les autres membres de la famille soient morts à cause d'elle. L'anorexie mentale et l'inobservance du traitement sont dues par le fait que la maladie dont elle souffrait avait emporté les autres membres de la famille. Cela supposait, pour le sujet, qu'elle ne pouvait pas résister à la même maladie qui avait emporté à la fois son mari et son père qui symbolisaient la force pour elle. C'est ainsi que LNN ne voyait que la mort et rien d'autre. Donc, le taux d'angoisse de la mort était trop élevé.

12.7. Déroulement du traitement et évaluation des progrès

La prise en charge psychosociale de LNN avait connu trois temps : avant le CTE, pendant le CTE et après le CTE.

Dans le premier temps, la victime était soutenue dans le travail de deuil car elle avait perdu son mari, son père et son oncle paternel. Elle était aussi soutenue pour sa culpabilité, car c'est à cause d'elle que le père, le mari et l'oncle étaient décédés. Elle était également soutenue pour le nouveau statut que lui imposait la maladie à virus Ebola. Elle était désormais veuve avec une charge de cinq enfants. La prise en charge d'avant l'arrivée au CTE s'est réalisée pendant au moins 11 jours avant l'apparition des signes liés à la maladie à virus Ebola.

Elle était soutenue encore pour ses peurs intenses, une attente anxieuse à présenter la maladie à virus Ebola car son mari était décédé, de même que son père et son oncle, de la maladie à virus Ebola. C'est donc une personne qui se voyait, coûte que coûte, développer la maladie à virus Ebola.

Dans le deuxième temps, au CTE, LNN avait été prise en charge pour le problème d'anorexie mentale et de non observance du traitement. Pendant son isolement, elle était visitée d'abord tous les jours au début quand l'angoisse de mort était très prononcée, ensuite on avait ramené à trois séances par semaine de 10 à 15 minutes.

Dans le troisième temps, après l'hospitalisation, elle était visitée au moins trois fois par semaine avec des séances que duraient 15 à 30 minutes. Elle était prise en charge pour des problèmes d'intégration et de stigmatisation dans la communauté.

12.8. Facteurs de complication

La prise en charge de LNN était confrontée par un certain nombre de difficultés, entre autres, notre propre peur quand nous allions à domicile avant qu'elle ne commence sa maladie. Dans sa famille, où nous allions lui rendre visite, trois personnes étaient déjà décédées. Donc, le risque d'exposition était grand. Mais aussi, l'incompréhension avec le personnel soignant qui n'avait pas une formation en santé mentale semblait règlementer l'intervention du psychologue.

12.9. Accès et obstacles aux soins

Une patiente collaborante malgré la peur excessive et aussi sa présence dans les différents moments de prise en charge. La disponibilité de la patiente, à tout moment de la prise en charge avait aussi facilité les soins.

Il faut compter, parmi les obstacles, le nombre important de victimes qui ne nous facilitait pas la tâche de consacrer plus de temps à la patiente. Et aussi, au CTE, le travail en EPI

était aussi un obstacle pour une meilleure prise en charge. Il y avait aussi l'ignorance de l'aspect prise en charge psychologique par la patiente et également le fait de ne pas avoir l'autorisation coutumière des personnes ressources de la patiente lors de la prise en charge. Car, culturellement, il est clairement interdit à un homme étranger d'entrer en contact direct avec une femme menacée sans l'accord de son époux.

12.10. Suivi

LNN avait très bien évolué dans ses symptômes. Lors de la première séance au CTE, qui consistait à ramener la patiente à s'alimenter et à respecter le traitement, elle avait très bien adhéré. Par la suite, elle avait repris une très bonne collaboration avec le personnel soignant. LNN s'est vite débarrassée de plusieurs symptômes, entre autres, l'anorexie, la non observance du traitement. Et nous pensons que cela avait fortement influencé de façon positive sa guérison.

A sa sortie du CTE, LNN avait retrouvé son bébé de 3 mois avec qui elle s'était séparée pendant tout son séjour en hospitalisation. Ayant retrouvé son enfant, son premier geste était de lui donner le lait maternel, or cela avait été interdit et LNN s'était mise à pleurer. L'équipe de prise en charge médicale avait fait de nouveau appel au psychologue, ce dernier avait répondu au secours de la survivante. Avant de la rencontrer, nous nous étions entretenu avec le laborantin en premier qui nous avait expliqué les raisons de cette interdiction, par après, nous avions reçu en entretien la survivante. Nous avions d'abord écouté ses inquiétudes et sa souffrance. Ce n'était qu'après, que nous avions expliqué, dans des mots clairs et adaptés, l'interdiction d'allaiter l'enfant après sa guérison. Pour pallier à cette difficulté, l'Unicef avait donné des boîtes de lait qu'elle pouvait utiliser pour son bébé pendant six mois. Elle avait accepté le message, montrant ainsi que LNN était restée collaborante jusqu'à sa sortie du CTE.

12.11. Conséquences de l'affaire sur le traitement

Le cas LNN nous renseigne sur la capacité de résilience propre à lutter contre une maladie grâve, la même maladie qui avait emporté son mari, son père ainsi que son oncle. Convaincu de sa mort imminente, elle s'attendait moins à la guérison, mais grâce à la TAE (technique d'acceptation et d'engagement), elle avait pu mettre de côté ses mauvaises pensées et cette conception culturelle du mari ou du père symbolisant la force. Elle s'était acceptée et engagée dans le processus de guérison. En fait, nous avions posé la question expressément à la patiente de savoir : où était ton mari et ton père ? Elle avait répondu en disant qu'ils étaient tous décédés. Nous avions également posé la question en citant les noms de ses enfants et la patiente les avait nommés.

Nous lui avions posé par la suite une seconde question : ''si tu meurs à qui est-ce que tu vas laisser tes enfants'' ? Elle avait répondu ''à personne''. Cependant, nous nous sommes appuyés sur cette réponse pour lui montrer qu'elle devait rester en vie en s'efforçant à manger, à prendre les médicaments et en priant. Et nous aussi, nous serons là pour l'accompagner. Quelques jours après, tout le monde était surpris de constater sa bonne évolution clinique.

12.12. Recommandations aux cliniciens et chercheurs psychologues

La littérature montre que pendant trois mois les manifestations de stress psychotraumatique ne sont pas pathologiques, mais plutôt une réaction normale à un événement douloureux. Or, avec la maladie à virus Ebola le taux d'angoisse de la mort est trop élevé. Sur ce, il est important d'identifier les ressources de la personne en faisant une évaluation initiale de son état psychologique. Dans le cas précis, cette patiente ne pouvait pas s'en sortir cliniquement au regard de sa charge virale et de la succession de décès dans sa famille. Mais le plus important, ce qu'elle disposait d'une grande capacité de résilience à laquelle nous nous sommes appuyés afin de l'amener à surmonter ce vécu.

Donc, l'efficacité de la prise en charge dépend aussi des ressources de la personne qui seront identifiées par le psychologue, car le patient ou la patiente ne dispose pas seulement des faiblesses mais aussi des forces. Dans une situation de prise en charge, le fait d'amener la personne à accepter sa situation et à s'engager pour la résolution de son problème est un atout. Donc, la technique d'acceptation et d'engagement est une ressource dans la prise en charge des patients Ebola.

Analyse de cas : Loba Nasala Nini

Loba Nasala Nini (LNN), 24 ans, de sexe féminin, mariée et mère de cinq enfants. Elle avait été déclarée cas confirmé au virus Ebola après les examens de laboratoire. LNN habite Inkana mongo, le village de cas index de la 7ème épidémie de la MVE (Boende 2014) dans l'ancienne Province de l'Equateur, l'actuelle Province de la Tshuapa.

Elle était admise au CTE pour avoir présenté la fièvre, les céphalées, la diarrhée, les douleurs abdominales, la fatigue généralisée, l'anorexie et l'infection conjonctivale.

Elle avait été reçue successivement en entretiens duels d'abord à domicile, puis au CTE, encore à domicile après sa guérison.

Pendant les entretiens, LNN faisait un effort de donner une bonne impression mais elle était toujours trahie par ses émotions, l'expression faciale angoissante avec une bouche en ligne fine. Par moments, LNN sortait de l'entretien et restait pensive pendant un laps de temps avant de revenir à l'entretien.

LNN avait été reçue successivement, à la maison en tant que veuve d'un cas positif décédé, au CTE en tant que malade déclarée du virus Ebola et à domicile comme convalescente. A domicile, les entretiens duels se faisaient sans EPI alors qu'au CTE, nous mettions l'EPI pour mener les entretiens.

LNN avait fait l'objet des consultations psychologiques d'abord en tant que veuve car elle devrait être accompagnée dans le travail de deuil. Et au CTE, la patiente faisait l'objet de refus de s'alimenter, du non observance aux traitements médicamenteux, des pleurs sans cesse au sujet de ses enfants, de son père et de son époux décédés de la même maladie.

LNN est diagnostiquée positive au virus Ebola pendant qu'elle était en train d'observer le deuil de son mari, de son père ainsi que de son oncle. Le deuil de son père est celui qui pèse sur ses épaules du fait que c'est son mari qui a infecté son père.

La maladie à virus Ebola est expérimentée et conçue par LNN comme une catastrophe. Il s'agit pour lui d'un vécu traumatique sur une toile de fond de culpabilité, de souffrance et de désespoir avec une seule issue : la mort. Les entretiens cliniques avec LNN et ses proches ont révélé chez la patiente une structure de base de personnalité dépressive solidement organisée et structurée. Toutefois, le manquement à son « objet » d'attachement le plus fort l'a rendu extrêmement vulnérable.

Le sentiment de culpabilité dû à la mort de son père sur la toile de fond de désespoir suite à la mort de son mari est la composante essentielle de l'expérience du vécu subjectif de LNN de la MVE. La maladie à virus Ebola est perçue par LNN comme une catastrophe, un véritable chao, un événement à la fois destructeur et dévastateur qui avait pour mission d'anéantir sa famille.

LNN est admise au CTE en étant veuve et orpheline du père trois semaines après à la suite de la maladie à virus Ebola, bien que malade, elle vit dans une situation conflictuelle avec certaines personnes ressources de la famille (sa mère, ses frères et sœurs...) où elle attend à être punie, dès que ces conflits montent en surface, LNN sans espoir se culpabilise fortement, se sentant ainsi sans confirmation et sans couverture, ni moins encore sans défense contre ces conflits envahissants. Elle déprime et se débat vis-à-vis de son image disqualifiée que lui envoient ces

situations. LNN mobilise ses défenses internes pour garder son équilibre tant psychique que social, mais cela est coûteux pour son énergie et son cerveau, et cette impression croissante d'insignifiance occupe ses pensées, ses sentiments et ses actes.

C'est ce qui justifie son angoisse de mort, sa sidération, sa régression. Ce vécu amène LNN à s'auto-entretenir en se repliant sur lui-même et sur ses symptômes, demandant à être protégé (LOBA NA SALA NINI). Pris en charge sur un mode parental : le sujet est incapable de s'investir dans une lutte active contre sa maladie, il se laisse porter par le psy, auquel elle s'en remet complètement.

A l'annonce des résultats, avant même le traitement, LNN imagine tout ce qui peut aller mal ou amplifie la douleur qui était déjà présente, les malaises etc., et évidemment, quand certaines difficultés se sont présentées, elle a ainsi anticipé aussi de la même manière, la tournure finale de son traitement : la mort.

Elle est devenue anxieuse (anticipation anxieuse), confrontée alors par cette angoisse de mort induite par la survenue de la MVE, son anxiété se dissipe apparemment, mais reste latente dans son psychisme et donne lieu à une défense sidérée, entraînant ainsi une sorte d'un processus inhibitoire de certaines fonctions de sa personnalité. LNN s'effondre (sidération) en avouant chez le psychologue ses difficultés face au traitement imposé par une maladie qu'elle qualifie d'extrêmement mortelle. Elle se prend alors en pitié, se reporte sur ce dernier pour tout et devient dépendante et exigeante.

Elle se montre même susceptible et égocentrique (régression et repli sur soi). Après les entretiens cliniques avec le psychologue, bien que la virémie fût toujours importante, LNN ne se préoccupe plus de sa maladie mais plutôt de son bébé à travers les photos que lui a remises le psychologue, les photos qu'elle a affichées dans sa chambre. Cette dernière défense a permis à LNN ~~a~~ d'avoir une maîtrise sur son angoisse de mort en divisant son regard sur la réalité de sa maladie et à réagir en même temps de deux manières différentes et parfois même opposées, et jusqu'à sa guérison finale.

Cas 13. Nandimi Kokufa KasinaCTEte

13.1. Introduction

Le pseudonyme « Nandimi Kokufa Kasinactete», « NKK » est en Lingala, l'une de quatre langues nationales de la République Démocratique du Congo, qui veut dire littéralement « J'accepte de mourir mais pas au Centre de Traitement Ebola (CTE) », traduit fidèlement le vécu subjectif de la patiente en présence. Cette dernière était garde malade de sa fille au CTE, qui était par la suite décédée. Elle avait assisté impuissamment à sa mort et à son enterrement, conditions qu'elle avait très mal digérées, pas de funérailles, sans cercueil et dans un sac mortuaire. Arrivée au village, elle avait constaté qu'elle était seule à pleurer son enfant, sans son mari, ni voisin, ni frère et ni sœur, et elle s'était posée la question : *« Seigneur qu'est-ce que j'ai fait pour mériter cette souffrance* » ? Cette question était demeurée sans réponse jusqu'à sa mort, dit la victime.

13.2. Identité

De sexe féminin, Nandimi Kokufa Kasi na CTE te (NKK), âgée de 42 ans, mariée et mère de deux enfants dont un garçon et une fille. Elle exerçait le petit commerce avec son mari et habitait Ituku, un village situé à 14 kilomètre de Lokolia, l'épicentre de la 7eme épidémie de la Maladie à Virus Ebola, dans l'ancienne Province de l'Equateur et l'actuelle Province de la Tshuapa en 2014. Elle était reçue en entretiens successivement au CTE en tant que garde malade de sa fille et dans son village natal à côté de sa mère, son milieu de refuge. Par rapport à ses études, NKK s'était arrêtée au niveau secondaire. Elle avait commencé à présenter les signes le 11 novembre 2014, le 17 novembre elle était admise au CTE communautaire avec comme signes cliniques : la

fièvre, la diarrhée, les vomissements, la fatigue généralisée, l'anorexie et les douleurs musculaires et était décédée, le 28 novembre 2014.

Une femme forte de corpulence, NKK apparaissait toujours d'un aspect figé de souffrance morale, d'un regard vide se dirigeant vers le bas, à gauche. Dans chaque entretien, elle exprimait ses émotions : ses fluctuations des rythmes respiratoires et ses mouvements oculaires étaient très remarquables. Elle était hyper motivée.

13.3. Présentation des plaintes

NKK avait été reçue successivement au CTE Lokolia comme garde-malade de sa propre fille et au CTE communautaire d'Esoyi comme malade confirmée. Au CTE de Lokolia, nous l'avions rencontrée dans la zone à faible risque, cependant nous ne mettions pas de l'EPI. Mais au CTE communautaire, nous mettions la combinaison simplement parce qu'en ce moment-là la patiente était déjà positive à la maladie à virus Ebola.

Quand la patiente était encore garde-malade, nous l'avions rencontrée car nous avions décelé une détresse psychologique liée à l'hospitalisation de sa fille. NKK était toujours en larmes et se faisait beaucoup de soucis pour sa fille unique confirmée au virus Ebola.

La non observance du traitement, c'est cela qui avait caractérisé la patiente, car elle avait refusé de se rendre au CTE, elle avait refusé même de se révéler en présence des professionnels de santé parce qu'elle était envahie par l'angoisse de la mort, la peur du CTE. Cette peur de mourir au CTE était justifiée par le fait que les funérailles ne seraient pas organisées, l'enterrement aurait eu lieu en absence des membres de famille comme cela fut le cas avec sa défunte fille. C'est ça qui avait fait qu'elle soit d'abord enfermée dans la maison, ensuite qu'elle s'enfuie dans son village natal situé à 36 km de l'épicentre, un endroit où le véhicule ne pouvait pas arriver, donc difficulté pour son évacuation.

13.4. Histoire

NKK, c'était une femme mariée qui habitait Ituku, un village situé à 14 Km de l'épicentre de la 6ème épidémie de la MVE à Lokolia, Secteur de Djera, Territoire de Boende dans l'ancienne Province de l'Equateur, l'actuelle Province de la Tshuapa. Elle avait été déclarée positive au virus Ebola après les examens de laboratoire. Après le décès de son enfant et après avoir vu là où on avait enterré ce dernier, la patiente s'était enfermée et avait refusé tout contact possible. L'équipe de l'intervention voulant à tout prix la voir et l'amener au CTE, elle refusa de collaborer. La nouvelle avait été révélée par l'un des membres de la famille élargie, qui avait demandé après qu'on le protège et qu'on ne révèle pas que c'était lui qui avait divulguée rapporté l'information.

Quatre jours après le début des signes et à la suite de pression des équipes d'intervention, elle prendra fuite en pleine nuit pour se rendre dans un autre village, loin de l'épicentre où l'accessibilité posait problème. Les équipes de la riposte informées, l'avaient suivie jusqu'au village de son refuge, son village natal. C'était là où elle avait été découverte puis prélevée et son échantillon s'était révélé positif au virus Ebola. C'était ainsi qu'on avait mis en place un CTE communautaire afin de la soigner sur place.

Elle avait été admise au CTE communautaire mise en place pour la circonstance. Successivement, la patiente avait été reçue en entretien duel au CTE de Lokolia, l'épicentre de l'épidémie dans la zone à faible risque, comme garde-malade de sa fille unique. Ensuite, elle était aussi reçue dans le CTE communautaire à Esoyi (son village natal) où elle était admise comme malade confirmée au virus Ebola et son jeune frère infirmier avait été désigné comme son personnel soignant. Le CTE se trouvait au sein de la parcelle familiale de la patiente.

Dans le premier CTE, elle avait été reçue pour être soutenue par rapport à la maladie de son enfant en tant que mère, car elle était très affectée. Dans le CTE communautaire, elle était reçue cette fois-ci comme malade. Cependant, elle avait subi une forte stigmatisation par les membres de sa communauté.

Les entretiens avec ses proches avaient révélé que NKK était quelqu'un qui savait très bien se débrouiller dans la vie, mais elle était très réservée dans ses relations avec les autres, manifestait de la timidité dans ses contacts sociaux et matérialisait ses relations. Elle était une personne qui aimait vivre dans l'indépendance et avait davantage la force d'âme. Elle était souvent claire et sans compromission et croyait fortement en soi et accordait plus sa priorité aux choses qu'aux gens et était difficilement abordable.

13.5. Evaluation

Parmi les signes et symptômes présentés par la patiente, issus des entretiens et observations cliniques, nous avions noté : la détresse psychologique, les pleurs sans cesse, la peur intense et généralisée, l'isolement, l'angoisse de mort, le refus de collaborer et d'être hospitalisé, la phobie des professionnels de santé, les souvenirs traumatiques de la mort et l'enterrement de sa fille, le deuil compliqué mal et non résolu. Psychologue, nous avions posé le diagnostic de traumatisme complexe et de l'anxiété généralisée. Nos entretiens étaient non-directifs dans un premier temps quand le sujet nous relatait son vécu subjectif de la maladie de sa fille, et aussi, quand elle rapportait ses ressentis, ses pensées par rapport à la stigmatisation et son rejet par la communauté et puis semi-directif quand nous cherchions à préciser les éléments du diagnostic différentiel.

13.6. Conceptualisation du cas

Pendant que NKK était garde-malade de son enfant malade au CTE, nous avions décidé de lui administrer une psychothérapie de soutien pour la soutenir dans cette épreuve de la maladie de sa fille unique, l'aider à faire face aux difficultés dans le déroulement de la vie et à retrouver un fonctionnement psychique plus équilibré, car elle vivait déjà un conflit avec son mari qui l'avait laissée seule s'occuper de l'enfant malade.

Aussi, nous l'avions fait accompagner de la psychothérapie psychoéducative parce qu'elle se plaignait de beaucoup de manifestations de stress et de traumatisme. Il était alors primordial d'arriver à lui fournir toutes les informations nécessaires à une bonne connaissance du stress et du traumatisme psychique à travers la psychoéducation, lui dire également ce qu'elle devrait faire pour ne pas subir ces maux (indications) et des enjeux de l'observance de ces indications. Et comme à une malade déclarée du virus Ebola, nous avions maintenu la psychothérapie de soutien et aussi la psychoéducation, nous avions adjoint à cela l'intervention de crise.

Devant la menace d'une maladie contagieuse et mortelle, NKK manifeste son anxiété de plusieurs façons, notamment : *«...je refuse, je ne vais pas me rendre au centre, il y a Ebola la bas, sinon je vais l'attraper ». «...J'accepte de mourir mais pas au Centre de Traitement Ebola ».*

La patiente niait l'existence de la maladie à virus Ebola, et c'était une façon pour elle de ne plus se rentrer au CTE de Lokolia, un milieu anxiogène.

Le déni que présentait le sujet à ne pas reconnaitre l'existence d'Ebola d'abord avec la mort de sa fille ensuite avec sa souffrance actuelle, était dû aux conditions d'hospitalisation de sa fille, et surtout les conditions dans lesquelles cette dernière avait été enterrée, dans un cimetière qui n'était pas de sa tribu et dans un sac mortuaire. Et, elle n'avait droit en rien en tant que mère de l'enfant. Elle n'a pas eu le temps de prononcer une seule parole à son enfant qui était en train

de partir dans l'au-delà. C'est ainsi qu'après sa rentrée au village et quelques jours après, elle avait commencé la maladie et elle était enfermée dans la maison. L'alerte était parvenue à la coordination. Toutes les équipes s'étaient préparées pour son acheminement au CTE, et la patiente avait évité de se révéler et de rencontrer les membres de ces équipes de la riposte. Quatre jours après l'intervention du chef du village, elle prendra fuite vers un village enclavé où le véhicule ne pouvait pas accéder. Raison pour laquelle, elle avait bénéficié de l'installation d'un CTE communautaire.

13.7. Déroulement du traitement et évaluation des progrès

La prise en charge de NKK avait commencé par une évaluation initiale rapide durant laquelle les besoins, les préoccupations, les plaintes, les forces et les faiblesses avaient été identifiés. Au CTE Lokolia comme garde-malade, c'est la psychothérapie de soutien qui avait été préconisée afin de soutenir psychologiquement et émotionnellement la victime face à la détresse psychologique de la maladie grave et mortelle dont souffrait sa fille.

Dans la zone à faible risque, elle était visitée au moins trois fois par semaine avec des séances d'entretiens cliniques qui duraient 10 à 15 minutes. A la mort de sa fille, au CTE, elle avait été également soutenue et une psychothérapie de soutien axée sur le deuil avait été amorcée à son profit à domicile. Malheureusement, les séances étaient interrompues à la troisième rencontre, elle n'était plus visible à la maison et personne du ménage ne pouvait vous dire avec exactitude là où la patiente était partie. Après quelques jours, un proche eut peur et dénonça en cachette en signalant que la patiente s'était cachée dans la maison et avait interdit à qui que ce soit de divulguer l'information.

Au CTE communautaire d'Esoyi, on avait continué avec la psychothérapie de soutien renforcée par l'intervention de crise ainsi que la thérapie psycho-éducative pour elle et aussi pour tous les membres de sa famille. Elle était visitée trois fois par semaine pour des séances de 20 à 30 minutes.

13.8. Facteurs de complication

La maladie et la mort de sa fille unique l'avaient plongée dans une détresse psychologique profonde et cela n'avait pas facilité une bonne intervention. De plus, son isolement dans la maison et sa fuite vers un village enclavé avait compliqué le processus de prise en charge, de même que le deuil non et mal organisé du décès de sa fille. L'incompréhension également avec les autres spécialistes sur la désignation de son jeune frère propre pour s'occuper de sa grande sœur malade n'avait pas favorisé une bonne prise en charge.

13.9. Accès et obstacles aux soins

La collaboration avec certains membres de la famille, en l'occurrence celui qui est venu nous livrer l'information sur l'enferment de la patiente dans la maison et aussi ceux qui étaient dans son village natal Esoyi, village dans lequel la patiente avait trouvé refuge, est élément qui avait facilité la prise en charge. Son isolement, seule au CTE communautaire au sein de la parcelle familiale avait assuré la disponibilité dans la prise en charge.

Son enferment tout en ayant des liens épidémiologiques, surtout au moment où elle avait commencé à présenter les signes et aussi son éloignement n'avaient pas facilité le travail de prise en charge. Il convient d'ajouter à cela l'ignorance ou le manque d'habitude lié à la prise en charge psychologique dans sa culture, le fait que son propre frère soit aussi son infirmier traitant, et la stigmatisation communautaire à laquelle était exposée NKK ainsi que toute sa famille avaient créé beaucoup d'obstacles dans la prise en charge.

13.10. Suivi

L'évolution de la patiente était prometteuse, car du point de vue biologique, l'évolution était significative dans ce sens que la charge virale diminuait progressivement avec le traitement médicamenteux. La patiente s'était maintenue en vie 17 jours après, depuis la date de la présentation des premiers signes de sa maladie avant sa mort. Elle avait dépassé même la durée reconnue des formes mortelles de la maladie qui varie entre 6 à 10 jours, c'est pour dire que sur le plan psychologique, l'évolution était mitigée et certains signes comme la détresse psychologique, les pleurs sans cesse, la virulence du virus Ebola, l'angoisse de mort avaient disparu car elle était devenue sereine, calme. Mais, d'autres, par contre, comme les souvenirs traumatiques de la mort de sa fille, les conditions de son enterrement ainsi que le deuil compliqué non résolu…n'avaient pas disparu. Dommage, NKK était décédé le jour même que son dernier examen de laboratoire était sorti négatif. Et on s'était rendu compte de son décès sur place au moment où on était allé pour lui annoncer la bonne nouvelle : sa guérison.

13.11. Conséquences de l'affaire sur le traitement

Le cas NKK nous renseigne qu'on peut guérir du virus Ebola mais mourir du stress, de traumatisme, de la stigmatisation et de l'isolement psychologique. Ceci nous interpelle à pouvoir tenir compte de l'approche psychosociale dans nos interventions au même titre que toutes les mêmes approches (médicale, épidémiologique, biologique,…) et aussi ce cas nous montre l'importance que l'être humain accorde aux cérémonies de funérailles. Le sujet avait accepté de mourir là où l'organisation des cérémonies de funérailles de son décès était possible.

Ce cas nous montre aussi combien les conditions d'enterrements sécurisées sont à la base des comportements d'évitement, de refus et de déni de la maladie, simplement parce que le décès, suite à la maladie à virus Ebola, s'accompagne d'un enterrement inhumain. Ce cas nous montre finalement comment les communautés s'accrochent plus à la culture qu'aux interprétations biomédicales et que la solution passe par le dialogue au lieu d'imposition.

13.12. Recommandations aux cliniciens et chercheurs psychologues

Nous recommandons aux autres psys et aux étudiants en psychologie d'avoir des connaissances sur la psychologie interculturelle pour des interventions auprès des sujets qui ne sont pas de leur culture, de chercher à comprendre le sens culturel de certains objets en interaction dans la pratique clinique, le traumatisme étant aussi culturel.

Les notions sur la psychologie de sens sont très importantes dans l'interprétation des problèmes des victimes.

Nous recommandons le respect à l'approche multidisciplinaire de la maladie à virus Ebola qui doit tenir compte des aspects : biomédicaux, psychosociaux et environnementaux de façon égale.

Comprendre le processus de deuil permet de mieux appréhender le vécu d'une personne traumatisée et, en fonction de sa situation perçue, de savoir comment aborder le sujet avec elle. Comme le montre le schéma du processus comportemental.

Nous recommandons également le respect de l'organisation de la cérémonie funéraire même de courte durée pendant la lutte contre la maladie à virus Ebola.

Analyse de cas : Nandimi Kokufa KasinaCTEte

De sexe féminin, Nandimi Kokufa KasinaCTEte (NKK), âgée de 42 ans, mariée et mère de deux enfants dont un garçon et une fille. Elle exerçait le petit commerce avec son mari et habitait Ituku, un village situé à 14 kilomètre de Lokolia, l'épicentre de la 7eme épidémie de la Maladie à Virus Ebola, dans l'ancienne Province de l'Equateur et actuelle Province de la Tshuapa en 2014.

Elle était reçue en entretiens successivement au CTE en tant que garde malade de sa fille et dans son village natal à côté de sa mère, son milieu de refuge. Par rapport à ses études, NKK s'était arrêtée au niveau secondaire. Elle avait commencé à présenter les signes le 11 novembre 2014, le 17 novembre elle était admise au CTE communautaire avec comme signes cliniques : la fièvre, la diarrhée, les vomissements, la fatigue généralisée, l'anorexie et les douleurs musculaires et était décédée le 28 novembre 2014.

Une femme forte de corpulence, NKK apparaissait toujours d'un aspect figé de souffrance morale, d'un regard vide se dirigeant vers le bas, à gauche. Dans chaque entretien, elle exprimait ses émotions : ses fluctuations des rythmes respiratoires et ses mouvements oculaires étaient très remarquables. Elle était hyper motivée.

NKK avait été reçue successivement au CTE Lokolia comme garde-malade de sa propre fille et au CTE communautaire d'Esoyi comme malade confirmée. Au CTE de Lokolia, nous l'avions rencontrée dans la zone à faible risque, cependant nous ne mettions pas de l'EPI. Mais au CTE communautaire, nous mettions la combinaison simplement parce qu'en ce moment-là la patiente était déjà positive à la maladie à virus Ebola.

Quand la patiente était encore garde-malade, nous l'avions rencontrée car nous avions décelé une détresse psychologique liée à l'hospitalisation de sa fille. NKK était toujours en larmes et se faisait beaucoup de soucis pour sa fille unique confirmée au virus Ebola.

La non observance du traitement, c'est cela qui avait caractérisé la patiente, car elle avait refusé de se rendre au CTE, elle avait refusé même de se révéler en présence des professionnels de santé parce qu'elle était envahie par l'angoisse de la mort, la peur du CTE. Cette peur de mourir au CTE était justifiée par le fait que les funérailles ne seraient pas organisées, l'enterrement aurait eu lieu en absence des membres de famille comme cela fut le cas avec sa défunte fille. C'est ça qui avait fait qu'elle soit d'abord enfermée dans la maison, ensuite qu'elle s'enfuie dans son village natal situé à 36 km de l'épicentre, un endroit où le véhicule ne pouvait pas arriver, donc difficulté pour son évacuation.

C'est dans le contexte des pertes significatives (perte de sa fille unique, absence de son mari, perte de ses affaires), que NKKT est diagnostiquée positive au virus Ebola puis admise seule au CTE communautaire.

La maladie à virus Ebola est vécue par NKKT non seulement comme un danger de mort, mais aussi comme un facteur occasionnant de graves séparations à travers des symptômes et des conséquences multiples. Elle a expérimenté directement la mort, d'où sa déclaration *« J'accepte de mourir mais pas au CTE »*.

De type de résonance introvertie, de par sa nature profonde, il s'agit d'une femme très réservée dans ses propos avec des agissements froids et interpersonnels, elle a tendance à matérialiser toutes ses relations humaines. C'est cette dimension qui nourrit ses petits commerces, mais n'hésite pas à couper le contact avec les autres pour s'isoler.

Le sujet pose des conditions personnelles et accepte de mourir dans sa famille et non dans le CTE. Ceci reste la composante essentielle de l'expérience du vécu subjectif de NKKT par rapport à la MVE. Celle-ci est perçue par NKKT comme une menace à son anéantissement, à sa destruction vitale et à sa disparition, une menace de mort.

C'est ainsi que face à cette angoisse grandissante de mort induite par la MVE, NKKT fait recours à ses défenses psychiques. D'abord à la première manifestation des signes de la maladie, NKKT refuse de se rendre au centre de traitement. Elle prend l'initiative d'interdire les membres de sa famille d'en parler à quelqu'un d'autre, surtout pas aux professionnels de santé et refuse en même temps toute rencontre avec ces derniers (évitement). À la base de son évitement,

il ressort un sentiment d'anticipation anxieuse, car NKKT imaginait déjà tout ce qui pouvait aller mal pendant sa prise en charge, ainsi que la tournure finale de son traitement au CTE qui, pour elle, se solderait à un décès. Elle avait même anticipé les conditions de son enterrement (anticipation anxieuse et sentiment de mort imminente).

Lors de son traitement au CTE communautaire, pendant les entretiens cliniques, NKKT a plus tendance à évoquer les problèmes du décès de sa fille et de l'absence de son mari en lieu et place de sa propre maladie (déplacement). La dernière semaine avant sa mort NKKT était devenue triste et semblait ne pas avoir assez d'énergie pour agir. Pour qu'elle parle il a fallu insister, le sujet présentait de plus en plus une certaine indifférence affective (retrait apathique) et une alexithimie plus ou moins considérable. Cela lui avait permis, certes, de résister et de supporter ses difficultés.

Cas 14. Tika Na Midiembika

14.1. Introduction

Le pseudonyme « Tika Na Midiembika», est en Lingala, l'une de quatre langues nationales de la République Démocratique Congo, qui veut dire littéralement « Laisse-moi me pendre puis me suicider », traduit fidèlement le vécu subjectif de la patiente en présence. C'est avec cette phrase que la patiente menaçait de mettre fin à sa vie sur cette terre des hommes à cause de la stigmatisation. Il s'agit d'une patiente qui s'était évadée du Centre de Traitement Ebola (CTE), après avoir constaté que tous les autres patients avec qui elle partageait la salle de soins mouraient l'un après l'autre, et elle se posait la question à elle seule : « *à qui le prochain tour* ? », alors elle décida une nuit de fuir le CTE, c'est ainsi qu'elle s'était évadée le 24 mai 2019 et avait été retrouvée le 15 juin de la même année, soit 21 jours après. Et elle était déjà guérie pendant la période de son évasion, car les examens de laboratoire après qu'elle soit retrouvée se sont révélés négatifs.

14.2. Identité

De sexe féminin, Tika Na Midiembika (TNM), 54 ans, divorcée et mère de quatre enfants. De sa scolarité, TNM avait bel et bien commencé les études secondaires mais ne les avait pas terminées, elle avait interrompu ses études en 2ème année de secondaire. Elle était connue pour ses services de balayage dans son église et c'est là où elle logeait. Elle avait été suspectée d'être porteuse du virus Ebola pour avoir fait la fièvre, la diarrhée, les maux de tête…et avait été amenée au CTE de la place, et les examens de laboratoire avaient confirmé la présence du virus Ebola. Elle avait d'abord été reçue en entretien duel au CTE, puis à domicile après son évasion.

TNM se présentait lors de tout entretien avec une sorte d'avidité. Elle apparaissait visiblement dans le besoin de demande d'aide et de connaissance réelle de son sort. Dans son discours, elle parlait réellement de ses émotions (peurs, tristesse et suicide). Son regard était vide mais fixe avec les pupilles dilatées.

14.3. Présentation des plaintes

La première série d'entretiens avec TNM s'était déroulée en EPI au CTE quand elle était déclarée positive au virus Ebola. La première séance avait consisté à lui annoncer les résultats de laboratoire, elle les avait bien reçus. A la deuxième séance, TNM avait présenté beaucoup de plaintes suites aux mauvaises conditions d'hébergement et aux comportements inhumains du personnel soignant à son égard.

C'est à la deuxième séance que l'équipe de la garde avait appelé le psychologue parce que la patiente menaçait de quitter le CTE. Elle avait mis en avant plan les plaintes précitées, mais sous-jacent l'angoisse de la mort, l'anxiété car sur les trois malades confirmés au CTE, deux venaient de mourir à sa présence et c'est ce qui avait amené TNM à s'évader.

La deuxième série d'entretiens avait eu lieu à domicile après qu'elle soit retrouvée, soit trois semaines après. Elle avait fait l'objet d'une importante stigmatisation, c'est presque toutes les chaînes de radio de la ville de Mbandaka qui donnaient les informations la concernant, la citant nommément, la décrivant et demandant à tout celui qui va la retrouver de ne pas la toucher mais d'appeler la police pour son arrestation.

14.4. Histoire

TNM était une femme divorcée qui logeait dans la concession de son église et dont l'activité principale consistait à de petits travaux à l'église (balayer, nettoyer, entretenir…). Sa contamination au virus Ebola était mystérieuse, car elle n'avait pas des liens épidémiologiques, ni dans sa famille, ni dans son église et ni parmi ses proches. Elle était la seule à contracter le virus Ebola sans ses différents systèmes. Le premier schéma d'intervention engagé avec TNM avait été interrompu quand cette dernière s'était évadée, il avait été repris après qu'on l'ait retrouvée. Cette fois-ci, c'est avec les menaces de suicide.

Les entretiens avec les proches de la patiente avaient révélé que TNM était une personne qui n'aimait jamais être seule. Elle recherchait la proximité et le contact humain et était toujours prête à aider. C'est quelqu'une qui détestait les disputes et évitait les conflits dans ses relations avec les autres et surtout elle refusait d'affronter les problèmes. TNM était le genre de personnes humbles qui pensaient d'abord aux autres avant de penser à soi. Elle faisait preuve d'une empathie considérable.

Elle était une personne relativement peu égoïste et n'avait pas assez d'attentes en soi. Elle était une fervente chrétienne mais elle manquait d'estime de soi et se comportait de façon infantile pendant le moment de détresse.

14.5. Evaluation

Son tableau clinique était caracterisé par la volonté de se tuer (tentative de suicide) de par son évasion et la pression sociale, par son humeur dépressive du jour au lendemain, le trouble du sommeil permanent, la perte de l'énergie qui la caractérisait, un envahissement d'une perte significative d'intérêt aux choses qu'elle faisait avant, une baisse de concentration, un intense sentiment de pensée et de culpabilité. Aussi, nous avions posé le diagnostic de stress psychotraumatique et de l'état dépressif. Pour ce faire, nous avions recouru aux entretiens et observations cliniques.

14.6. Conceptualisation du cas

Pour aider TNM, nous avions recouru à plusieurs types d'interventions selon les besoins. D'abord, nous avions procédé à une psychothérapie de soutien pour l'aider à faire face à une maladie grave et mortelle, puis nous l'avions soumise à une thérapie psycho-éducative pour l'amener à comprendre les symptômes qui la dérangeaient.

Pour sa dimension dépressive, nous avions offert à la patiente un support d'information concernant la dépression, et nous avions organisé des rencontres d'informations avec les membres de sa famille, et on avait également impliqué la patiente dans son processus de recouvrement de sa santé physique et mentale.

Pour la patiente, de tout ce qui lui était arrivé, elle pensait que c'était un complot du personnel soignant et des membres des équipes d'intervention Ebola pour la tuer. Elle a présenté son anxiété de diverses façons en ces termes : «*...Quand j'ai vu comment le premier malade se tordait des douleurs puis mourir la nuit sans intervention des professionnels et le deuxième mourir presque dans les mêmes conditions la nuit, je me suis dit, ça c'est un complot des professionnels de santé et des membres d' équipes d'Ebola pour nous tuer, moi je ne vais pas mourir ici, c'est ainsi que je m'étais évadée le jour suivant avant qu'il ne fasse très nuit* », *«...ah, d'où est venue*

cette maladie qui perturbe ainsi ma vie, où habiter ? Où se promener ?....partout tu es interpellée...Ebola, franchement je ne vais plus habiter cette ville »

«...quand je me suis rendu compte que personne ne me donnait à manger, que je manquais même de l'eau pour me laver, que je ne recevais pas les soins appropriés, que les relations avec le personnel soignant étaient devenues tendues, je me suis dit que je ne vais pas mourir ici et je suis sortie la nuit et je suis partie...». «...quand je m'étais évadée, là où j'étais cachée, je suivais comment plusieurs postes de radio me décrivaient, m'insultaient, demandant à tout celui qui va me trouver d'alerter la police, quand j'ai entendu cela j'ai pris une corde pour aller me pendre». « Laissez-moi me donner la mort, à quoi bon la vie dans ces conditions... »

De ce cas, nous pensons que TNM faisait face à une angoisse de mort très élevée, car elle se trouvait dans une insécurité totale lors de son évasion. C'est la mort qu'elle avait fuie, car ses deux voisins de la salle étaient décédés en sa présence et elle avait déduit que la prochaine mort l'attendait. La répression et le rejet social l'avaient poussée à renoncer à la vie jusqu'à avoir des idées suicidaires.

14.7. Déroulement du traitement et évaluation des progrès

Le traitement de TNM avait commencé par une évaluation initiale urgente, une étape de rencontre et de premiers entretiens qui avaientt pour rôle l'identification, entre autres, des besoins de la victime, ses attentes à l'égard de notre intervention, ses forces et ses difficultés, la nature et l'origine de ses problèmes.

Ces premières rencontres avait permis également à la patiente de savoir l'existence des soins psychologiques, l'organisation de ceuxi-ci ainsi que de saisir notre approche d'intervention.

Au terme de la rencontre d'évaluation initiale, il avait été difficile au psychologue de faire une évaluation approfondie, l'urgence Ebola oblige, c'est ainsi que nous avions procédé directement à l'intervention.

Le traitement avec la patiente était une intervention ponctuelle. Nous avions commencé par une psychothérapie de soutien, puis un conseil psychologique, ensuite une thérapie psycho-éducative et, enfin, une ergothérapie. Elle prévoyait des rencontres sous forme d'entretien entre la victime et le psychologue. Nous avons également administré l'ergothérapie ou un job avait été donné au sujet. Elle devrait s'occuper de la propreté des bureaux de la coordination ou un petit salaire avait été alloué pour son compte. Les séances, d'une durée de 10 à 20 minutes, voire plus de temps, selon les phases de l'épidémie, se tenaient à une fréquence déterminée par le psychologue, la victime, le temps et l'espace toujours selon les phases de l'épidémie. Dans la majorité des cas, elles étaient hebdomadaires, généralement une, deux ou trois fois selon les phases de l'épidémie.

Après l'intervention, était venue la phase de clôture. Ici, nous préparions la victime à la période post- intervention, si jamais cela s'avérait possible (maintien, prévention de rechute, etc.).

Après la clôture des séances d'interventions, nous procédions, quelque temps après, à la reprise de contact puis à la re- évaluation.

Le sujet avait bien évolué car il était vraiment intégré dans son nouveau job, mais son sentiment de culpabilité reprenait chaque fois qu'il était stigmatisé.

14.8. Facteurs de complication

Quand la patiente était au CTE, le premier facteur de complication était l'EPI. Faire les entretiens avec la combinaison demande beaucoup d'efforts, généralement cela ne durait pas. En outre, ce sont les incompréhensions avec les autres professionnels novices de santé dans la prise en charge des malades d'Ebola qui créaient un climat malsain dans la relation soignant-soigné.

L'autre facteur important de complication avec le sujet, c'est aussi son évasion. On ne pouvait plus la voir et les séances étaient interrompues. Pendant son évasion, toutes les chaines de radio de la ville et du pays parlaient d'elle, et cela avait énormément compliqué les recherches pour la retrouver. Ajouter à cela, la stigmatisation dans son quartier et de certains professionnels de santé, après qu'elle soit retrouvée, qui la taquinaient parce qu'elle s'était évadée.

14.9. Accès et obstacles aux soins

Sa présence avant son évasion avait facilité la collaboration. Après qu'elle soit retrouvée aussi, elle était toujours disponible pour nous écouter toutes les fois qu'elle était visitée. L'accueil, la collaboration des membres de sa famille toutes les fois qu'on se rendait à domicile avaient également facilité beaucoup l'accès à la prise en charge.

A côté de ces facteurs facilitateurs, il y avait aussi des facteurs qui avaient entravé la prise en charge, notamment la non confidentialité dans la salle de traitement. Car, bien que de sexe féminin, elle était logée ensemble avec les personnes de sexe masculin. Aussi, les stigmatisations de la communauté ainsi que de certains professionnels de santé avaient constitué un facteur d'entrave à la prise en charge. Le nombre important des plaintes de la patiente, l'incompréhension avec les autres professionnels de santé et la prise en charge psychosociale qui s'était arrêtée rapidement avec la fin de l'épidémie dn sont une démonstration éloquente.

14.10. Suivi

La patiente était bel et bien guérie pendant son évasion, car le nombre de jours qu'elle avait fait depuis qu'elle s'était évadée, lui donnait toutes les chances d'être guérie, car elle avait fait 21 jours. Avec ce nombre de jours, le virus ne pouvait plus rester dans le sang. C'est ainsi qu'après qu'elle soit retrouvée, elle avait été prélevée de nouveau et le résultat de laboratoire était négatif, l'annonce de cette bonne nouvelle avait réconforté le sujet qui, du reste, avait évolué positivement sur le plan psychologique. Elle était devenue sereine, joyeuse et avait célébré son Dieu.

14.11. Conséquences de l'affaire sur le traitement

Ce cas avait attiré notre attention, dans ce sens que, pendant son évasion, elle n'était plus sous traitement médicamenteux, mais plutôt elle s'était réarmée psychologiquement. C'était la mort qu'elle avait fuie au CTE, surtout avec le décès successif de ses voisins malades comme lui. C'est comme on peut dire que la présence de ses proches, la liberté malgré la maladie, étaient des éléments psychologiques positifs de lutte contre la maladie, car les mêmes situations se sont manifestées dans le passé. C'est pour conclure que les psychologues de la riposte contre la maladie à virus Ebola doivent chercher à intégrer, dans leur approche, la dimension chaleur humaine en facilitant les visites des proches du malade, en écourtant le temps de privation de la liberté du malade, en cherchant ce que veut ce dernier et en disutant avec lui.

14.12. Recommandations aux cliniciens et chercheurs psychologues

Ce cas nous renseigne, en tant que psychologue clinicien, combien le facteur psychologique peut aussi influencer le facteur biologique, la mort que la patiente a fuie ne l'a pas rattrapée bien-sûr. La détermination d'une personne peut l'amener à des exploits, à la guérison,

c'est un grand travail sur la résilience. Avec ce cas, les psychologues de la riposte doivent apprendre dans leurs interventions comment faire acquérir au patient et à ses proches les outils de la résilience, ses outils nécessaires à la poursuite du chemin de deuil malgré les obstacles.

Avec ce cas, nous avions réalisé une activité très difficile de notre expérience du terrain de lutte que nous aimerions partager avec les autres psychologues que vous êtes et vous montrer les qualités qui ont fait que nous ayons réussi à sortir ce cas de son lieu de refuge et l'intégrer dans sa société malgré le rejet social, la stigmatisation et surtout le harcèlement des chaines de radio et de télévision autour de sa personne.

Dans nos interventions, nous avions fait une grande ouverture d'esprit, dans ce sens que quand on se rendait à deux pour la découvrir au lieu de son refuge, nous nous sommes dépourvu de tous les préjugés, les stéréotypes, les idées préconçues sur le cas. Nous étions ouverts aux nouvelles idées à l'égard de la patiente, à ce qui était différent et inconnu de ce que disaient les chaînes de radio et de télévision.

Cette ouverture d'esprit nous avait permis de connaître l'essence même de la patiente, ses sentiments, ses pensées, ses intérêts et ses attentes.

Une autre qualité dont nous avons fait preuve dans notre intervention auprès de TNM, c'est l'accessibilité. Dans ce sens que la patiente s'était sentie à l'aise avec notre approche, notre présence avait facilité la conversation et c'est avec cette facilitation que nous nous sommes sentis à l'aise pour parler à la patiente de son cas, de ses problèmes, de ses intentions et de ses plus grandes qualités.

C'est ainsi que nous trouvons cette empathie dont nous avions fait preuve comme l'une des principales compétences qu'un bon psychologue doit posséder. La convergence entre nous deux avait abouti à l'accessibilité : la facilité et le naturel avec lesquels TNM nous avait parlé de ses préoccupations.

Une autre compétence dont nous avions fait preuve, c'est d'être un bon communicateur. Il s'agit peut-être de l'un des plus grands défis auxquels nous avions fait face lors de notre intervention auprès de TNM à savoir : générer des questions, détecter quel était peut-être le principal élément déclencheur d'une autre situation et organiser le temps de la rencontre en accordant le temps de parole de manière efficace aux cinq personnes qui avaient assisté au premier entretien après que l'évadée soit retrouvée.

Notre capacité d'écoute avait créé une atmosphère détendue dans la famille de TNM et un climat de complicité. Tout le monde dans la rencontre parlait tranquillement et sincèrement. Nous avions su écouter et adopter une attitude active et ouverte à tout moment et avions montré de l'intérêt pour ce que la patiente racontait.

En d'autres termes, être un bon auditeur et le manifester. Nous n'avions pas pu interrompre la patiente et ses proches pour qu'ils puissent s'exprimer librement. Ils étaient ainsi capables de répondre aux propres questions rhétoriques qu'ils énonçaient eux-mêmes à haute voix.

Analyse de cas : Tika Na Midiembika

De sexe féminin, Tika Na Midiembika (TNM), 54 ans, divorcée et mère de quatre enfants. De sa scolarité, TNM avait bel et bien commencé les études secondaires mais ne les avait pas terminées, elle avait interrompu ses études en 2ème année de secondaire. Elle était connue pour ses services de balayage dans son église et c'est là où elle logeait. Elle avait été suspectée d'être porteuse du virus Ebola pour avoir fait la fièvre, la diarrhée, les maux de tête…et avait été amenée au CTE de la place, et les examens de laboratoire avaient confirmé la présence du virus Ebola. Elle avait d'abord été reçue en entretien duel au CTE, puis à domicile après son évasion.

TNM se présentait dans tout entretien avec une sorte d'avidité. Elle apparaissait visiblement dans le besoin de demande d'aide et de connaissance réelle de son sort. Dans son discours, elle parlait réellement de ses émotions (peurs, tristesse et suicide). Son regard était vide mais fixe avec les pupilles dilatées.

La première série d'entretiens avec TNM s'était déroulée en EPI au CTE quand elle était déclarée positive au virus Ebola. La première séance avait consisté à lui annoncer les résultats de laboratoire, elle les avait bien reçus. A la deuxième séance, TNM avait présenté beaucoup de plaintes suite aux mauvaises conditions d'hébergement et aux comportements inhumains du personnel soignant à son égard.

C'est à la deuxième séance que l'équipe de la garde avait appelé le psychologue parce que la patiente menaçait de quitter le CTE. Elle avait mis en avant plan les plaintes précitées, mais sous-jacent l'angoisse de la mort, l'anxiété car sur les trois malades confirmés au CTE, deux venaient de mourir à sa présence et c'est ce qui avait amené TNM à s'évader.

La deuxième série d'entretiens avait eu lieu à domicile après qu'elle soit retrouvée, soit trois semaines après. Elle avait fait l'objet d'une importante stigmatisation, c'est presque toutes les chaînes de radio de la ville de Mbandaka qui donnaient les informations la concernant, la citant nommément, la décrivant et demandant à tout celui qui la retrouverait de ne pas la toucher mais d'appeler la police pour son arrestation.

TNM est célibataire de son état et sans habitation personnelle. C'est ainsi qu'elle habitait dans la concession de son église, et c'est dans ces conditions qu'elle était d'abord suspectée puis déclarée positive au virus Ebola.

TNM a expérimenté le vécu subjectif de la maladie à virus Ebola dans une attente de mort imminente, dans une relation soignants-soignée perturbée et dans des conditions de vie dénouées de toute intimité. Car, sur les trois patients confirmés sous traitement avec lesquels le sujet partageait la salle, deux furent de sexe masculin et sont morts sous ses yeux.

De type de résonance extravertie, TNM est une femme pleine d'égard envers les autres et n'éprouve aucune peine à prendre à cœur les besoins des autres. Ses rapports avec son prochain sont empreints de pondération, de paix et de chaleur affective. Le sujet est dépendante de son église et cherche toujours la proximité de ses sœurs en Christ, dans son vécu quotidien, elle évite et fuit la solitude qui, selon elle, lui apparaît comme la pire des choses. C'est ainsi qu'elle aime toujours le travail d'équipe dans ses activités professionnelles et ecclésiales.

Les tentatives de suicide à la suite d'une récurrence des idées et pensées négatives ainsi que sa guérison pendant la période de son évasion restent la composante essentielle de son vécu subjectif par rapport à la MVE. Pour TNM, la MVE est perçue comme une menace de mort ainsi qu'une maladie mystérieuse.

Confrontée à une peur plus ou moins excessive de souffrir d'une maladie grave, TNM avait refusé d'une part d'être prélevée pour les examens de laboratoire et, d'autre part, elle avait refusé le diagnostic de la MVE contre ses symptômes (déni). Face à l'angoisse de mort imminente, le sujet a évité le CTE par évasion car, pour elle, cet endroit est perçu comme un mouroir (évitement).

Confrontée à des situations de stigmatisation communautaire, TNM ~~se~~ déprime, s'auto-déprécie et se voit sans valeur. Le sujet déclare à ses proches que sa vie est finie, et que même s'il s'avère qu'elle guérisse par la suite, elle ne voyait pas là où elle irait encore habiter (dépréciation et auto-exclusion).

Face aux différentes situations qui débordent ses capacités adaptatives et de liaison représentative, TNM se trouve aux prises avec des excitations effractives qui menacent son

intégrité psychosociale et psychosomatique. Elle devient triste, manque d'énergie physique comme psychique. Le sujet se dévalorise davantage et se trouve indigne à cause de son comportement d'évasion, mais aussi à cause de sa maladie.

De cette réalité, TNM développe une tendance frustrante induisant ainsi des réactions intrapunitives et ressent à la fois une aversion et une grande agressivité envers la vie, les autres et elle-même, et la conduit à préconiser une décision en faveur du suicide. Le soutien psychologique axé sur la verbalisation de ses pensées négatives profondes et la défocalisation a amené TNM à se libérer, à verbaliser et exprimer ses pulsions agressives induites par la survenue du diagnostic lié à la MVE, caractéristique de son vécu subjectif.

Cas 15. NILIMPOTEZ MUTOTO TUMBONI

15.1. Introduction

Le pseudonyme « **NILIMPOTEZ MUTOTO TUMBONI »** « NMT » en sigle est écrit en swahili, l'une des quatre langues nationales de la République Démocratique du Congo et langue maternelle du sujet, signifie littéralement « ***J'ai perdu mon enfant qui était dans mon ventre***» traduit fidèlement le vécu subjectif de la patiente en présence.

Il s'agit d'une femme enceinte (primigeste) qui était infectée par la maladie à virus Ebola et qui a suivi fidèlement les soins au CTE, qui a bien évolué sur le plan biologique et psychologique jusqu'à sa guérison, mais qu'on ne pouvait pas liberer compte tenu de son état de grossesse. Car, selon les hypothèses, le fœtus qui a des liens biologiques avec sa mère pouvait être infecté et que le jour de son accouchement, le sang qui coule pourrait être dangereux pour le corps soignant qui assisterait à cet accouchement, raison pour laquelle toutes les femmes ayant des grossesses étaient gardées encore au CTE dans la zone de convalescence. C'est pendant qu'elle était dans cette zone qu'elle commença à avoir des coliques et les examens approfondis ont confirmé le décès du fœtus. Et, elle a été préparée pour l'annonce de cette deuxième mauvaise nouvelle et préparée ensuite pour l'intervention (curetage).

Le cas **NMT** est issu de la dixième épidémie de la maladie à virus Ebola sur le quinze qu'a connues la République Démocratique du Congo en 2018, épisode qui a sévi dans les Provinces du Nord-Kivu et de l'Ituri, précisément dans les territoires de Beni, chef-lieu du même nom et Kamanda.

15.2. Identité

Nilimpotez Mutoto Tumboni (NMT) est âgée de 17ans, de sexe féminin, célibataire, est native de la région du Nord-Kivu, elle a arrêté ses études en 4ème secondaire. NMT habite la ville de Butembo, mais après avoir contracté le virus Ebola, elle a été admise en hospitalisation au CTE de Beni où elle a bénéficié de la prise en charge intégrale. Elle est mariée, mais sans enfant pratiquante de la religion musulmane et travaille comme ménagère dans un hôtel de la ville.

15.3. Présentation des plaintes

A son admission au CTE, nous avons observé chez NMT des plaintes de maux de tête et de douleurs généralisées et elle apparaissait toujours asthénique, avec un air de détresse psychologique, c'est ce qui nous a permis de mener des entretiens cliniques afin d'identifier certains problèmes. NMT ressentait une peur intense de la maladie, car, elle n'arrêtait pas à dire que cette maladie va la tuer.

15.4. Histoire

Nous l'avions rencontrer au CTE, en provenance d'un centre de transit où les résultats positifs liés à la maladie à virus Ebola ont été confirmés, et NMT fut transférée au CTE pour des soins appropriés. En arrivant au CTE, elle n'était pas collaborante et non réceptive aux

actions menées par l'équipe médicale qui voulait lui administrer le traitement et NMT refusait. C'est ainsi que la responsable de l'équipe infirmière a fait appel à nous. Nous sommes allés la voir dans sa cube en mettant la combinaison.

Elle était tellement angoissée et ne voulait pas s'alimenter, car, la peur liée à la maladie et de mourir était grande. En plus, NMT se plaignait pour le fait qu'elle est toujours au CTE et n'arrive pas à en sortir pour rentrer chez elle, car elle en avait envie.

NMT est mariée et habite Butembo avec son époux, mais pour des raisons du travail, elle a dû quitter Butembo afin de travailler comme ménagère à Beni. Dans sa famille, personne n'est décédée et personne n'a été infecté du virus Ebola. Même dans son entourage personne n'est morte de la maladie à virus Ebola. Elle navigue mentalement, mais ne sait pas où elle a été infectée. Cependant, comme elle était enceinte de 5 mois pendant son infection, elle faisait ses consultations prénatales dans une structure sanitaire. Et quelque temps après, NMT a senti des malaises. Elle voulait acheter les médicaments dans une pharmacie. Une maman voisine de la parcelle lui a conseillé de ne pas le faire, car selon cette maman, une femme enceinte ne peut pas se faire soigner dans une pharmacie, plutôt dans un centre de santé ou dans un hôpital. « Nous sommes allés à l'hôpital général de Beni pour les soins, d'où on m'a orienté au CTE et où on m'a confirmé infectée de la MVE » dit la patiente.

15.5. Evaluation

Au regard des entretiens cliniques et observations réalisés, nous avons posé le diagnostic de trouble de l'adaptation avec des signes anxieux, de deuil mal résolu suite à la mort du fœtus qu'elle-même appelait mon enfant.

15.6. Conceptualisation du cas

La prise en charge de NMT avait commencé avec l'anxiété qu'elle avait manifestée et le refus de collaborer avec le personnel soignant, qu'elle exprime notamment avec des inquiétudes et culpabilité en ces termes : *«...j'ai perdu mon enfant qui était dans mon ventre, qu'est-ce que je vais faire, qui m'a fait ça... » «...d'où est venu alors ce virus pour m'infecter, pourquoi alors moi, pour avoir fait quoi ? »*

L'équipe médicale a appelé le psychologue pour écouter la dame et savoir pourquoi elle refusait le traitement. Après s'être écoutée, elle a accepté le traitement mais a exigé une prise en charge appropriée et spécifique compte tenu de son état. « Le soin administré semble me rendre plus malade qu'à l'admission au CTE » dit la patiente. Sur le plan de la prise en charge psychologique, nous l'avons préparée psychologiquement à l'admission, pour le circuit de la prise en charge au CTE et le traitement y référent. Pendant son séjour au CTE, nous l'avons soutenue psychologiquement et nous avons instauré aussi une psychoéducation autour de la Maladie à virus Ebola et de ses réactions à la maladie. Et à la sortie, nous avons procédé à une préparation psychologique. Nous avons changé et renforcé son attitude et son comportement envers la maladie et envers la guérison à la MVE.

Nous avons choisi la psychoéducation, le soutien psychologique et des fois quelques techniques de thérapie cognitivo-comportementale. Et ce, parce qu'elle avait une mauvaise compréhension et mauvaise représentation de la Maladie à virus Ebola. La patiente a compris qu'on peut contracter le virus Ebola sans le savoir et n'importe où. Aussi, qu'il faut se faire soigner une fois diagnostiquée positif à Ebola. Elle a compris qu'Ebola fait très mal et affaiblit tout l'organisme. La MVE provoque un manque d'attrait à l'égard de la nourriture et des autres désirs.

Nous avons compris que le taux d'angoisse de mort était très élevé. Elle s'exprimait en ces termes : *« à tout moment, je regardais l'horloge qui était dans sa salle pensant que quelqu'un viendra me tuer par injection au niveau du cou et me mettre dans le sac mortuaire comme cela se dit dans la communauté »*. Ce qui nous a amené à comprendre que ses symptômes sont liés à l'idée de mort causée par la MVE.

15.7. Déroulement du traitement et évaluation des progrès

Sur le plan de la prise en charge psychologique, nous l'avions préparée psychologiquement à l'admission pour le prélèvement et pour le circuit de la prise en charge ainsi que la vie au CTE. Pendant son séjour au CTE, nous avions continué à la soutenir psychologiquement et nous avions instauré aussi une psychoéducation autour de ses symptômes et de la MVE. Et à la sortie, une préparation psychologique s'était faite en mettant l'accent sur la stigmatisation en famille comme dans la communauté. Elle a été rencontrée plusieurs fois, trois fois au moins par jour, au moins 21 fois par semaine. Les séances duraient 10 à 20 minutes.

15.8. Facteurs de complication

Ce qui avait compliqué l'intervention avec NMT, c'étaient les souffrances physiques de la patiente et l'anxiété constante. Les facteurs qui avaient facilité la prise en charge sont la présence de la patiente sur place dans le CTE, la possibilité de pouvoir la voir plusieurs fois par jour et le souhait du patient de guérir, y compris la présence régulière de sa mère. Les facteurs qui avaient entravé la prise en charge sont d'autres facteurs culturels, l'isolement constant de la patiente.

15.9. Accès et obstacles aux soins

Les implications du traitement étaient que la patiente avait été guérie de la MVE et avait recouvré sa santé. Ce cas nous renseigne qu'il est important qu'une attention particulière soit accordée aux personnes vulnérables, comme les femmes enceintes. Cela nous parle d'une possibilité de la co-morbidité de traumatisme psychique liée à la MVE.

15.10. Suivi

Le sujet avait très bien évolué biologiquement et aussi psychologiquement mais l'esprit réceptif du sujet et sa participation à la lutte contre sa maladie avait porté le fruit : la guérison. Malgré le caractère polytraumatique de ses situations, la patiente avait survécu et après sa guérison totale, elle avait été recrutée comme garde-malade pour s'occuper des malades déclarés positifs au virus Ebola.

Après sa sortie du CTE, elle avait été gardée dans une maison d'attente où étaient logées toutes les femmes enceintes guéries d'Ebola jusqu'à leur accouchement. La survivante NMT était toujours accompagnée psychologiquement, elle était sortie de là après la mort in vitro de son enfant (fœtus).

15.11. Conséquences de l'affaire sur le traitement

Le cas NMT nous renseigne sur la capacité du client à participer dans sa guérison lors du traitement, malgré la complexité de sa situation. La patiente qui avait d'abord présenté la maladie à virus Ebola, avait reçu une nouvelle défavorable (présence du virus Ebola dans le corps), avait reçu de nouveau une autre mauvaise nouvelle (la mort du fœtus) qui l'avait mise dans une situation de polytraumatisme. Elle s'était tout de même investie dans son rétablissement en respectant toutes les prescriptions médicales, psychologiques, nutritionnelles.

Par ailleurs, ce cas nous renseigne aussi, en tant que thérapeute, à avoir un esprit ouvert, la spontanéité, l'esprit créatif pour imaginer les résolutions urgentes aux problèmes urgents.

15.12. Recommandations aux cliniciens et chercheurs psychologues

Les autres cliniciens et futurs cliniciens peuvent retenir qu'avec l'angoisse de mort, il y a possibilité de ne pas vite guérir, de mourir, de ne pas fournir des efforts pour sa guérison et de ne pas avoir la motivation de communiquer. Aussi, dans ce cas en présence, il faut une surveillance psychologique rapprochée pour éviter le pire.

Analyse de cas : NILIMPOTEZ MUTOTO TUMBONI

NILIMPOTEZ MUTOTO TUMBONI (NMT) est âgée de 17ans, de sexe féminin, d'abord célibataire, est native de la région du Nord-Kivu, elle a arrêté les études en 4ème secondaire. NMT habite la ville de Butembo, mais après avoir contracté le virus Ebola, elle a été admise en hospitalisation au CTE de Beni où elle a bénéficié de la prise en charge intégrale. Elle est par la suite mariée, mais sans enfant, est croyante chez islam, et travaille comme ménagère dans un hôtel de la ville.

A son admission au CTE, nous psychologue, avons observé chez NMT des plaintes de maux de tête et de douleurs généralisées et elle apparaissait toujours asthénique, avec un air de détresse psychologique, c'est ce qui nous a permis de mener des entretiens cliniques afin d'identifier certains problèmes. NMT ressentait une peur intense de la maladie car, elle n'arrêtait pas à dire que cette maladie va la tuer.

NMT a été écartée de son parcours scolaire au niveau de 4eme année des Humanités pour cause de grossesse. Conduite à cet effet dans la famille de l'homme (auteur de la grossesse) comme l'exige la coutume en République Démocratique du Congo, NMT fut diagnostiquée positive au virus Ebola pendant qu'elle attendait famille et préparait son accouchement.

C'est donc dans une lutte entre deux vies et deux morts que NMT a expérimenté le vécu subjectif de la maladie à virus Ebola.

Une jeune dame prudente et consciencieuse posant ainsi toutes les questions possibles relatives à sa grossesse et respectant les prescriptions médicales et psychologiques. NMT s'efforce toujours d'être juste et objective dans la prise des médicaments. Elle respecte toujours l'heure indiquée pour la prise des produits, c'est donc une femme qui fait preuve du réalisme. Pendant les entretiens cliniques, elle émet des jugements équilibrés par rapport à son état de santé et aux décisions prises.

La lutte pour sa survie ainsi que celle de son enfant dans le ventre reste la composante essentielle de son vécu subjectif par rapport à la MVE. Pour NMT, la MVE était perçue au départ comme une punition, du fait qu'elle s'est faite engrossée pendant qu'elle fréquentait l'école. Par la suite, son état de conscience aiguisé sur ce que disaient les professionnels de santé en rapport avec MVE, sur une toile d'une volonté ferme de guérir pour sauver sa grossesse, avait changé sa perception positivement.

Confrontée par les situations qu'elle s'y attendait le moins (une grossesse, une maladie grave, mort dans l'utérus) ...autant des réalités que NMT fait face comme elle peut, des choses qu'elle qualifie d'impossibles, mais par son Moi.

Le premier mécanisme mis en place par NMT intervient dans le contexte d'annonce des résultats à la MVE que l'intéressée a refusé d'accepter dans un premier temps (déni). Mais, qu'elle s'est vue dans l'obligation d'accepter plus tard suite à certaines situations difficiles liées à la maladie et à sa grossesse. NMT s'est vite attachée à son psychologue aidant qu'elle juge compréhensif à son problème mais aussi à sa mère et son copain pour leur soutien (affiliation).

Pendant son hospitalisation, NMT s'occupe plus de son enfant qui se trouve dans le ventre que de sa maladie, car, elle avait peur de le perdre (déplacement). Juste après la mort de

son enfant dans l'utérus, NMT fut habitée par un ressentiment profond envers sa mère et envers son copain, qu'elle rend responsables de ses malheurs.

Caractérisée par l'agressivité à la suite du vécu à la fois pénible et traumatique, NMT s'est montrée moins accueillante envers le personnel. Mais, sa guérison miracle à une maladie si grave, qui a fait plus des victimes à sa présence l'a amenée à s'arrêter, à penser et, du coup, à décider de se montrer raisonnable puis courageuse. Elle s'est enfin engagée à devenir garde-malade des malades Ebola (rationalisation).

Cas 16 : NAZO MONATE EZAWAPI

16.1. Introduction

Le pseudonyme « Nazo Monate Ezawapi » « NME » en sigle, est en Lingala, l'une de quatre langues nationales de la Rd Congo et langue maternelle de la victime qui veut dire littéralement « Je ne vois pas, c'est où ? ». il traduit fidèlement le vécu subjectif du patient en présence. En fait, cette phrase est la réponse que cette victime, enfant de surcroit (4 ans), donnait à sa mère à chaque demande : « Je ne vois pas, c'est où la chose que tu demandes ? ».

En effet, la victime est un cas suspect transféré au CTE quatre jours après le décès de son père, pour avoir présenté la fièvre. Seul, il est resté trois jours au CTE à une trentaine de km de son village, puis déchargé après que les examens de laboratoire n'aient pas révélé la présence du virus Ebola. Arrivé à la maison, l'enfant ne voyait plus, les consultations et examens médicaux n'ont rien révélé et l'enfant a été pris en charge psychologiquement.

La victime a été reçue en entretien clinique successivement à domicile comme membre de famille éprouvée, au CTE comme cas suspect, à domicile encore comme déchargé non cas. Au total, 18 séances ont été réalisées avec la victime, dont 2 à domicile avant d'être admis au CTE, 7 séances au CTE et 9 séances de nouveau à domicile. La durée des séances variait selon les lieux de 10 à 30 minutes.

Le cas NME est issu de la 7ème épidémie de la MVE sur le 11 que la Rd Congo a déjà connues, épisode qui a sévi en 2014 dans l'ancienne Province de l'Equateur, l'actuelle Province de la Tshuapa dont Boende est le chef-lieu, l'épidémie a sévi précisément à Djera.

16.2. Identité

Nazo Monate Ezawapi (NME) de sexe masculin, 4 ans, ainé d'une famille de trois enfants dont deux filles et un garçon. Vu son âge, il n'avait pas encore fait l'école maternelle car celle-ci n'existe pas dans son village. NME a été reçu en entretien familial avant son transfert au CTE, puis en isolement au CTE, ensuite à domicile après avoir été déchargé non cas. L'histoire de NME se passe entre Lokolia, l'épicentre de l'épidémie du virus Ebola de Djera 2014, dans l'ancienne Province de l'Equateur et l'actuelle Province de la Tshuapa et Isaka le village de la victime. Il a été conduit au CTE pour avoir présenté la fièvre, l'asthénie, les maux de tête et les vomissements.

16.3. Présentation des plaintes

Nazo Monate Ezawapi (NME) a été reçu en entretien pour la première fois à domicile avant qu'il ne soit transféré au CTE, puis a été vu au CTE comme cas suspect, ensuite de nouveau à domicile comme déchargé non cas. Au CTE, NME était vu dans la zone à faible risque sans combinaison.

Nous avons été appelés à recevoir la famille du sujet d'abord pour une préparation psychologique avant un transfert au CTE et parce que ce transfert avait susciter des pleurs de la victime et de ses memebres de famille qui n'en voulaient pas. Car leur père était mort dans le même lieu de transfert. Au CTE, on a fait face aux pleurs sans cesse de NME, à son anxiété à passer nuit seule dans une chambre avec la lumière qu'il n'avait jamais vue sa peur d'être consulté

par des gens en combinaison dont il ne voit pas des visages et surtout au deuil non résolu de la disparition de son père.

16.4. Histoire

NME est un enfant qui n'a pas encore atteint l'âge scolaire et qui reste à domicile, car dans sa contrée l'école maternelle n'existe pas.

Le sujet a des liens épidémiologiques importants, car il avait perdu son père avec cette même maladie. C'est ainsi que, quelques jours après l'enterrement, lui-même a présenté des signes semblables à la maladie à virus Ebola et en tant que sujet à haut risque de contamination, la présence des signes qu'il a manifestés n'a pas fait de longues réflexions pour que l'équipe de surveillance épidémiologique valide l'alerte et décide son transfert au CTE. C'est à ce titre que NME a été déclaré cas suspect de la maladie à virus Ebola et transféré au CTE. Après les examens de laboratoire, il a été déclaré non cas puis déchargé.

La prise en charge de NME a commencé avec le soutien psychologique administré à sa famille suite au décès de son père, ensuite il a été soutenu à domicile avant son transfert au CTE et puis cette prise en charge a été poursuivie au CTE et de nouveau à domicile après la décharge.

16.5. Evaluation

Comme ainé de famille, de sexe masculin, âgé de 4ans, NME était en pleine période d'identification au parent de même sexe et il s'est vu amputé de cet objet d'identification qu'est le père. Et en tant qu'enfant de son âge, NME a fait 72 heures seul au CTE, nuit et jour, et loin de sa famille à une trentaine de kilomètres. En plus, il s'est fait soigner par des gens qui étaient toujours habillés en EPI dont il ne voyait ni corps, ni visage. Ne rien voir, nous renvoie à une affection psychosomatique qui est ici la cécité psychogène, qui renvoie, elle, à un traumatisme psychique.

Pour poser ce diagnostic, nous avons recouru à l'entretien clinique comme instrument principal, qui selon les modalités d'administration, prenait la forme tantôt non-directive, tantôt semi-directif et selon l'objet d'entretien, il était direct (avec l'enfant et indirect avec les proches de l'enfant).

16.6. Conceptualisation du cas

Partant du diagnostic épidémiologique de Non Cas posé pour la maladie de Nazo Monate Ezawapi (NME), nous avons choisi d'abord de procéder par la verbalisation demandant à l'enfant de raconter une histoire pour amener la victime à se décharger des affects douloureux, des traumatismes subis, puis procéder à une psychothérapie psychoéducative pour amener le sujet à prendre connaissance des manifestations des stress et des traumatismes tels que ça se passe chez lui.

Ensuite, nous avons aussi choisi la psychothérapie de soutien pour qu'elle serve d'adjuvant à toutes les interventions psychosociales auprès de l'enfant.

Pour les parents (la mère du patient), la mort de son mari et la maladie de son enfant, c'était un mauvais sort qu'on avait jeté dans sa famille parce qu'elle ne l'avait jamais vécu depuis qu'ils sont ensemble avec son mari qui est parti et comme ces forces du mal ont réussi à emporter son mari, c'est son fils qu'ils voulaient de nouveau prendre et cela en connivence avec les gens de la riposte. Elle l'exprime en ces termes :

« quelle chose, je ne voie rien», P. (...),

« c'est où je ne voie rien»

« ...comment expliquer qu'un garçon de 4 ans, on l'évacue seul sans membre de famille, de son village vers un autre village soit disant pour les soins de santé, dans une distance de plus de 30

kilomètres, n'est-ce pas une mission pour accomplir le plan des sorciers, comme on l'a fait pour son père ».

. Après les séances de psychothérapie éducative, la mère de NME a compris que le problème qui est arrivé à sa famille, c'est un problème qui émane de maladies normales et que son fils a été traumatisé depuis le CTE et n'a pas bien digéré la disparition de son père.

De la situation de NME, nous avons compris qu'en tant qu'enfant de 4 ans qui était en plein stade d'imitation de parent du même sexe, NME s'est vu amputer de son objet d'imitation (le père), et, deuxièmement, en tant qu'enfant de 4 ans resté seul au CTE, passer nuit seul dans la chambre avec des éclairages qu'il n'a jamais vus, avec des gens qui le soignent en combinaison qui ne fait pas voir leurs visages. Tous ces faits ont constitué des facteurs de traumatisme qu'il ne voulait plus voir. Le voir constitue toujours un danger pour NME, c'est comme si l'événement allait se reproduire raison pour laquelle il ne voulait plus les voir. Il l'a manifesté à toute demande de sa mère à lui demandait de trouver quelque chose, NME les manifestait chaque fois que sa mère lui en ces termes : *«...quelle chose, je ne voie rien...», «...c'est où je ne voie rien»*

Donc, la cécité psychogène résulte d'une conséquence des traumatismes psychiques que l'enfant ne voulait plus voir réapparaitre, il ne voulait plus voir tous les gens habillés en combinaison comme des astronautes parce que c'était effrayant pour lui.

16.7. Déroulement du traitement et évaluation des progrès

La première partie consistait à convaincre les membres de famille de l'enfant, à lui apporter leur soutien affectif par des visites pour lui éviter l'isolement et en lui apportant des cadeaux(ludiques) en vue de lui rassurer de leur soutien. La deuxième étape à consister à rassurer l'enfant de notre présence, à s'occuper de ses difficultés liées au centre et à lui présenter quelques activités ludiques afin qu'il ne se sente pas dépayser.

A domicile, le travail était multidimensionnel dans ce sens que le psychologue a fait recours à l'entourage direct (mère de l'enfant) et indirect (les amis de l'enfant)afin que chacun d'eux puisse jouer un rôle déterminant dans ce processus. Il consistait principalement à faire comprendre à l'enfant pourquoi il a été déplacé de son milieu naturel vers le CTE, pourquoi le personnel soignant était habillés en EPI, … cela dans l'objectif d'aider l'enfant à se débarrasser des souvenirs traumatiques vécus au CTE, compte tenu de la cécité psychogène qu'il avait développée et l'aider également à recouvrir certaines habiletés perdues lors de son séjour au CTE. Un travail de deuil a également été initié pour rassurer à l'enfant du substitut de l'objet d'identification perdu (père) en vue de lui permettre de continuer à vivre malgré l'absence du père.

L'enfant affecté a été reçu en entretien familial successivement à domicile comme membre de famille éprouvé, au CTE comme cas suspect, à domicile encore comme déchargé non cas. Au total, 18 séances ont été réalisées avec la victime, dont 2 à domicile avant d'être admis au CTE, 7 séances au CTE et 9 séances de nouveau à domicile. La durée des séances variait selon les lieux de 10 à 30 minutes.

16.8. Facteurs de complication

La prise en charge psychosociale avec l'enfant n'était pas facile. Certains facteurs ont compliqué le processus, à savoir : la nature même de l'enfant qui ne pouvait pas s'exprimer normalement d'où il fallait nécessairement passer par l'intermédiaire de la mère, il y a également les pleurs sans cesse de l'enfant au CTE, la forte détresse due à la disparition de son objet d'identification (père). Tous ces éléments constitués des facteurs de complication.

Les incompréhensions également avec l'équipe d'intervention de prise en charge médicale qui a déchargé l'enfant sans passer par la prise en charge psychosociale, alors que certains décès ont eu lieu pendant que l'enfant était au CTE.

16.9. Accès et obstacles aux soins

La présence permanente (disponibilité) de l'enfant à domicile tout comme au CTE était l'un des moyens de facilitation d'accès, ainsi que la fréquence de trois fois le jour au CTE.

L'isolement de l'enfant était en soi une grande difficulté, par le fait qu'il vit et joue naturellement avec les autres. L'absence de sa mère au CTE alors que cette dernière était encore en train d'observer le deuil de son mari, et le trajet que nous devrions parcourir après déchargement de l'enfant d'environ 64 kilomètres (aller-retour) par jour pour assurer la prise en charge, ont contitué aussi des obstacles.

16.10. Suivi

L'évolution du patient était bon sur le plan psychologique, le résultat négatif du laboratoire a facilité le travail psychologique à être fait avec assurance, à utiliser les éléments de la psychologie positive.

L'enfant a recouvert la vue à travers les activités ludiques avec ses pairs ainsi que le concours de son environnement direct ayant facilité le travail de résilience chez l'enfant.

16.11. Conséquences de l'affaire sur le traitement

Le cas Nazo Monate Ezawapi « NME », c'est un cas complexe qui relève de la psychologie de l'enfant sur un terrain de traumatisme psychique avec effet de somatisation.
Un cas qui a exigé beaucoup de conduite d'adaptation à l'âge de l'enfant où il fallait adapter les mots pour lui expliquer la mort de son père ainsi que s'adapter à la coutume de la mère qui était en train d'observer le deuil de son mari et en même temps s'occuper de l'enfant malade.

16.12. Recommandations aux cliniciens et chercheurs psychologues

Le psychologue expert de la riposte contre Ebola doit connaitre que les malades déclarés au virus Ebola ne sont pas les seules victimes à prendre en charge et encore que les adultes ne sont pas non plus les seules victimes, qu'il y a également les enfants. L'expert doit s'adapter à l'âge de la vie de la victime, à sa coutume. La complexité de ce cas exige également au psychologue d'avoir une large connaissance sur la psychopathologie et la psychosomatique, plus précisément de l'enfant et de l'adolescent et aussi avoir une vision socio-anthropologique de la maladie ainsi que de la mort pour une culture donnée.

Analyse de cas : NAZO MONATE EZAWAPI

Nazo Monate Ezawapi (NME) de sexe masculin, 4 ans, ainé d'une famille de trois enfants dont deux filles et un garçon. NME a été reçu en entretien familial avant son transfert au CTE, puis en isolement au CTE, ensuite à domicile après avoir été déchargé non cas. L'histoire de NME se passe entre Lokolia, l'épicentre de l'épidémie du virus Ebola de Djera 2014, dans l'ancienne Province de l'Equateur et l'actuelle Province de la Tshuapa et Isaka le village de la victime. Il a été conduit au CTE pour avoir présenté la fièvre, l'asthénie, les maux de tête et les vomissements.

Nazo Monate Ezawapi (NME) a été reçu en entretien pour la première fois à domicile avant qu'il ne soit transféré au CTE, puis a été diagnostiqué au CTE comme cas suspect, ensuite de nouveau à domicile comme déchargé non cas. Au CTE, NME était vu dans la zone à faible risque sans combinaison.

Le psychologue a été associé dans le suivi de la famille de l'enfant affecté d'abord pour une préparation psychologique avant un transfert au CTE, parce que ce transfert avait suscité des pleurs de la victime et de ses membres de famille qui n'en voulaient pas, car leur père était mort dans le même lieu de transfert. Au CTE, on a fait face aux pleurs sans cesse de NME, à son

anxiété à passer nuit seule dans une chambre avec la lumière qu'il n'avait jamais vue, sa peur d'être consulté par des gens en combinaison dont il ne voit pas des visages et surtout au deuil non résolu de la disparition de son père.

C'est pendant que NME, âgé de 4 ans, était en pleine phase d'identification au parent de même sexe, qu'il s'est vu amputé de cet objet identificatoire en assistant impuissamment aux pleurs des membres de famille aux funérailles de son père mort et enterré dans un village voisin.

Et, quelques jours après, on le prend par des gens qu'il ne connait pas pour l'amener dans le même village où son père était décédé et enterré là-bas. Cela a suscité de nouveau, les pleurs de toute la famille autour de NME.

C'est de façon incompréhensible et avec étonnement, sous l'émotion de peur avec des pleurs que NME a expérimenté le vécu subjectif de la maladie Ebola. L'enfant effrayé par les personnes habillées comme des astronautes qui l'ont pris pour l'embarquer dans le véhicule et la conduire seul vers un autre village.

NME est un enfant docile et obéissant, il est un bon compagnon de jeux pour ses amis. Devant les situations de la vie, il peut choisir ou non d'exprimer ses émotions, c'est comme dans la situation actuelle de son transfert au CTE, il a pleuré sérieusement pour montrer son désaccord, mais il était étonné que tout le village l'a laissé partir.

L'atmosphère de deuil, l'isolement ainsi que la séparation douloureuse avec ses parents et ses pairs restent la composante essentielle de l'expérience du vécu subjectif de NME. Pour ce dernier, la MVE est perçue comme un évènement terrifiant, une séparation douloureuse avec ses proches et une menace de mort.

Confronté à cette situation de séparation et aux situations effrayantes, NME avait régressé dans ses actes ou comportements (pleurs sans cesse, se coller à un inconnu) en actualisant dans ses conduites des situations antérieures (régression).

N'ayant pas supporté l'isolement au CTE, étant donné que les images des hommes en combinaison qui le soignaient étaient vécues de façon écrasante et obsédante chez NME, et n'ayant pas la maturité psychique de les refouler, ces affects sont déviés du mental vers le corps et au niveau des organes visuels du sujet (somatisation). C'est pour dire que NME n'avait pas encore réalisé ce qui lui est arrivé.

Au CTE, la relation soignant-soignant n'était pas correctement établie parce que NME avait du mal à identifier le soignant. Cela a constitué un facteur traumatisant. Néanmoins, à domicile, la participation de tous est un des facteurs ayant facilité cette relation.

Cas 17. ABELAKA NAYE BANDAKALA

17.1. Introduction

Le pseudonyme « Abelaka Naye Bandakala » « ANB » en sigle, est en Lingala, l'une de quatre langues nationales de la Rd Congo, la langue maternelle du sujet qui veut dire littéralement « ***C'est depuis longtemps qu'elle souffre, ce n'est pas Ebola*** », traduit fidèlement le vécu subjectif de la famille de la victime en présence. C'est avec cette phrase que son mari et ses enfants plaidaient la cause de leur femme et maman devant les professionnels de santé habillés en EPI, qui sont allés prendre la patiente à domicile comme cas suspect au virus Ebola. Pour eux, c'est une ancienne malade connue et que sa maladie n'est pas liée au virus Ebola. Malheureusement, transférée au CTE, deux jours après, la patiente est décédée. Les examens de Laboratoire sortis après son décès n'ont pas confirmé la présence du virus.

En effet, il s'agit d'une femme mariée et mère de sept enfants, maladive depuis longtemps. Selon son mari et ses enfants, ça fait plus de 6 mois que sa femme ou leur mère vomit parfois du sang.

L'alerte auprès des équipes d'intervention (prise en charge médicale et surveillance épidémiologique) a été faite par un voisin qui l'a vue en train de vomir du sang. Le même jour de l'alerte, sa famille a vu débarqué un véhicule d'une ONG internationale (MSF) commis dans la prise en charge médicale des patients Ebola, avec des gens habillés en EPI qui sont venus chercher une femme qui vomissait du sang, disaient-ils. C'est dans ces conditions qu'ANB a été transférée au CTE et y est morte deux jours après.

La femme affectée a été reçue en entretien clinique au CTE comme cas suspect. Au total, 12 séances d'entretiens réalisées, dont trois avec la victime et neuf avec sa famille. Dans la première série, les séances duraient 8 à 12 minutes au CTE en EPI et dans la deuxième série, les séances duraient 15 à 30 minutes selon les lieux d'intervention.

Le cas ANB est issu de la 6ème épidémie de la maladie à virus Ebola sur le quinze que la Rd Congo a connues dans son actif, épisode qui a sévi en 2012, à l'ancienne Province Orientale, l'actuelle Province de Haut-Uélé dont Isiro est le chef-lieu et l'épicentre de ladite épidémie.

17.2. Identité

De sexe féminin, âgée de 55 ans, mariée et mère de sept enfants, ANB n'a pas été à l'école, elle est une fervente catholique. Elle a été reçue en entretien duel au CTE dans la zone à faible risque comme cas suspect. Les symptômes physiques mis en avant plan par l'équipe de transfert sont hémateuses, coliques abdominales, méléna, asthénie++, pâleur tégumentaire.

17.3. Présentation des plaintes

ANB a été reçue au CTE dans la zone à faible risque avec combinaison car son état ne lui permettait pas de se mettre debout. Les symptômes psychologiques pour lesquelles nous avions été associés pour la prise en charge d'ANB sont : une peur intense, la sidération, l'anorexie, l'anxiété, la mort des autres patients dans le CTE.

17. 4. Histoire

ANB est une femme ménagère qui se donne de temps en temps aux travaux de champs (cultivatrice). La patiente n'a pas de liens épidémiologiques avec un cas d'Ebola, mais a été suspecté du fait qu'elle avait présenté des symptômes importants semblables à ceux de la maladie à virus Ebola : vomissement du sang, asthénie++, coliques abdominales.

La prise en charge psychosociale d'ANB a commencé avec son état de sidération avec lequel elle est arrivée au CTE, elle est entrée dans ce choc quand on la transportait par des gens habillés en combinaison et devant plusieurs membres du quartier qui sont venus contempler la scène, et la discussion était sérieuse entre les membres de sa famille et l'équipe qui est venue prendre ANB.

Notre intervention commence avec cette mise en relation avec les membres de sa famille qui devaient lui parler, lui rassurer de leur présence, du traitement peu importe la maladie qu'on pouvait diagnostiquer, lui rassurer que sa maladie est connue depuis longtemps par certains professionnels de santé de certaines institutions hospitalières de la place. Donc, information qui consiste à rétablir la mise en sécurité de la patiente.

17.5. Evaluation

ANB est une ancienne malade de longue date, son tableau clinique était bien connu de sa famille ainsi que des médecins et infirmiers de la place qui l'avaient déjà reçue en consultation. Les symptômes psychologiques se sont ajoutés le jour même de son transfert de la

maison vers le CTE, notamment l'asthénie, la sidération, l'anorexie, l'anxiété, l'angoisse de la mort. Ce qui nous a amenés à poser le diagnostic de choc émotionnel/ de l'inhibition psychomotrice. Les données à la base du diagnostic posé ci-haut sont issues des entretiens directs avec la patiente ainsi que des entretiens indirects avec les membres de famille et les professionnels qui connaissaient la patiente.

17.6. Conceptualisation du cas

Notre première série d'interventions à consister à chercher à rétablir l'état conscient du sujet, car avec son état de sidération et d'asthénie nous ne pouvions pas l'atteindre dans nos échanges (entretiens). Et, deuxièmement, nous nous sommes focalisés sur son trouble de l'alimentation pour l'amener à avoir la force, l'équilibre afin de faire face à sa maladie. Troisièmement, nous nous sommes décidés de lui donner l'assurance de la présence des professionnels de santé pour ses soins, l'engagement à lui assurer son alimentation et de lui informer de tout ce qui se passe chez lui à la maison, une façon d'apaiser son anxiété et son angoisse.

La patiente n'avait pas eu le temps de comprendre son état : tout ce qui se passait tout autour de sa maladie, de sa prise en charge vu son état de sidération, c'est ce qui l'a précipité à la mort.

De la maladie d'ANB ainsi que de sa mort, nous avons compris que le sujet a été stressé, traumatisé, choqué par l'équipe qui est venue la chercher à domicile. Les membres de cette équipe se sont mis à s'habiller en EPI dans la parcelle même de la patiente et la façon même d'entrer en contact avec la patiente et les membres de sa famille était brutale : « ***nous sommes venus chercher la femme qui vomit du sang ici pour l'amener au CTE*** » et cette femme a été prise et embarquée dans le véhicule seule sans membre de famille. C'est donc dans ces conditions qu'elle a été transférée au CTE. Toutes ces conditions coercitives réunies ont justifié l'état de sidération que le sujet a présenté et une inhibition psychomotrice. Nous pensons, à notre avis, que ce sont ces conditions qui ont précipité la mort de la patiente.

17.7. Déroulement du traitement et évaluation des progrès

Le traitement d'ANB a été interrompu suite à son décès qui est intervenu deux jours après son isolement au CTE. Toutes les stratégies de prise en charge arrêtées au profit d'ANB n'ont pas été appliquées, le sujet ne s'est pas remis totalement, il était toujours asthénique, anxieux, angoissé, bien qu'il a fait un petit effort de reconnaitre la voix de son mari en EPI et d'accepter de faire ce que son mari lui a proposé.

Dans un premier temps, nous avons préparé son mari à la rencontrer dans le CTE. Nous lui avons mis dans la bouche les propos qu'il devrait dire à sa femme, c'était plus des paroles d'encouragement, de soutien basées sur les bons souvenirs de leur couple. Ensemble, au pied du lit d'ANB, son mari lui a tenu tous les propos énergétiques qui lui avaient été suggérés et le psychologue lui a rassuré de leur disponibilité à répondre à ses besoins.

La patiente a été vue trois fois par le psychologue, dont deux fois le premier jour et une fois le deuxième jour, quelques heures avant de rendre l'âme (étant donné l'opacité du sujet, le psychologue avait associé son mari à deux reprises ; à la deuxième et troisième visite pour rendre cette rencontre beaucoup plus fructueuse).

Les séances avec ANB se sont déroulées essentiellement au CTE et leur durée variait de 8 à 10 minutes compte tenu du nombre des patients dans la salle, en fonction des besoins des services du psychologue. Après le décès, les interventions psychosociales ont continué à domicile avec les membres de famille. C'était plus le soutien psychologique à son mari et au reste des membres de sa famille. A domicile, les entretiens variaient de 20 à 30 minutes.

17.8. Facteurs de complication

L'intervention avec ANB n'a pas été facile, certains facteurs ont compliqué la prise en charge. C'est d'abord le comportement des membres de l'équipe d'intervention qui sont allés prendre la victime à domicile, abruptement et sans préparation du malade de celle-ci, ni de ses proches. Deuxièmement, c'est l'état maladif de la patiente (asthénique, sidérée). Et troisièmement, c'est le travail de soins en EPI.

17.9. Accès et obstacles aux soins

La collaboration avec les membres de famille, surtout son mari, a facilité les trois séances que nous avions eu avec la victime, ajoutée à cela sa disponibilité, bien que des fois elle n'était pas lucide. Plusieurs autres facteurs, par contre, ont entravé la prise en charge avec ANB, à savoir : les conditions d'isolement, la non confidentialité, le travail de soins en EPI, les soins arrêtés suite à la mort de la patiente.

17.10. Suivi

Psychologiquement, la patiente n'a pas bien évolué. Le choc émotionnel était tellement intense, le temps était tellement court pour s'occuper réellement de la patiente et rétablir son équilibre mental. Elle n'est pas devenue sereine jusqu'à sa mort.

17.11. Conséquences de l'affaire sur le traitement

Le cas ANB nous renseigne sur la façon dont nous devons entrer en contact avec une personne suspectée de porter le virus d'Ebola.

La lecture de ce cas devrait servir de leçon aux psychologues chargés de préparer un cas avant son transfert au CTE, un milieu anxiogène. Car, le fait de dire à une personne qu'on l'amène au CTE suscite beaucoup de craintes, d'anxiété et fait penser à la mort, donc il est important de procéder à une bonne préparation psychologique, s'adapter au niveau du patient, à sa culture et aussi au contexte.

17. 12. Recommandations aux cliniciens et aux étudiants

Au regard de la théorie systémique, il est demandé au psychologue clinicien de s'attacher à comprendre les interactions qui existent entre les différents protagonistes dans le système familial, car les éléments de ce système appartiennent au « système thérapeutique ». L'implication du mari dans les soins de sa femme avait, tant soit peu, résolu le problème de sidération et de refus de s'alimenter.

Analyse de cas : ABELAKA NAYE BANDAKALA

De sexe féminin, âgée de 55 ans, mariée et mère de sept enfants, **ABELAKA NAYE BANDAKALA (**ANB) est une fervente catholique. Elle a été reçue en entretien duel au CTE dans la zone à faible risque comme cas suspect. Les symptômes physiques mis en avant plan par l'équipe de transfert sont hémateuses, coliques abdominales, méléna, asthénie++, pâleur tégumentaire.

ANB a été reçue au CTE dans la zone à faible rique avec combinaison car son état ne lui permettait pas de se mettre debout. Les symptômes psychologiques pour lesquelles nous avions été associés pour la prise en charge d'ANB sont : une peur intense, la sidération, l'anorexie, l'anxiété, la mort des autres patients dans le CTE.

C'est dans un contexte compliqué et durant lequel la famille d'ANB s'organisait financièrement pour l'envoyer dans un hôpital de renom au Chef-lieu de la Province pour les soins appropriés que l'épidémie de la Maladie à Virus Ebola est apparue à Isiro, son milieu d'habitation. Cette réalité a eu une incidence négative et perturbatrice sur le train de vie familial et ses conditions socio-économiques.

Aussi, c'est dans un environnement marqué par une peur excessive, en ce sens que tous les membres de la famille de ANB avaient peur que cette dernière soit abusivement assimilée à un cas d'Ebola. Finalement, après qu'elle ait été transférée pour des soins appropriés, le sujet a été suspecté d'être porteuse du virus Ebola, et fut à cet effet acheminé au CTE.

Subjectivement, ANB a vécu impuissamment l'expérience de la MVE pour avoir été prise brutalement par les membres de l'équipe de prise en charge médicale et embarquée dans une ambulance klaxonnant tout au long de la route. Cela a eu un impact négatif dans la personnalité du sujet, jusqu'à occasionner, du point de vue comportemental, une sorte de sidération, et le sujet avait également l'impression d'être perdu.

De type de résonance intime extraverti, il s'agit d'une femme teinte d'égards envers les autres. Caractérisée par l'harmonie et jouant un grand rôle dans les relations qu'elle entretient avec ses semblables, et ses rapports avec les voisins et compagnies sont empreints de pondération et de paix.

Les conditions assez abruptes de son évacuation vers le CTE ont amené ANB à se décourager, à se considérer comme un bon à rien, à douter de ses qualités, à ne plus faire confiance en lui-même et à sous-estimer ses dons et aptitudes de lutte contre la maladie.

Les disputes des enfants d'ANB avec les membres de l'équipe d'évacuation, la curiosité des voisins à venir voir comment la patiente est mise dans l'ambulance ainsi que la réaction de sidération manifestée par le sujet jusqu'à sa mort restent la composante essentielle du vécu subjectif d'ANB par rapport à la MVE.

ANB a perçu la MVE (son évacuation vers le CTE) comme un danger de mort. C'est ainsi qu'elle n'a pas voulu voir cette réalité liée à son évacuation et l'endroit dans lequel on l'avait amenée. Cela justifie entre autres sa réaction de sidération et son inhibition psychomotrice.

Devant l'angoisse de mort liée aux symptômes semblables à la MVE et à son évacuation dramatique, ANB est restée indifférente, sans parler face à cette réalité pénible de suspicion de la MVE (isolation). S'efforçant ainsi de ne pas agir, ni de penser à ce qui lui arrivait, ni d'en parler avec les soignants, encore moins avec ses proches, ANB a sombré dans une sorte de brisement et d'effondrement de la personnalité sans fournir aucun effort psychique comme physique et laissant ainsi de côté toute tentative de faire quoi que ce soit (sidération).

Ces mécanismes de défense utilisés par ANB n'ont pas permis, d'une part, aux différents protagonistes de soins d'établir une bonne relation soignant-soigné et d'autre part, à ANB de faire face cette fois-ci à son ancienne maladie jusqu'à tirer sa révérence.

Cas 18. NI NGAMBA TSHINYI

18.1. Introduction du cas

Le pseudonyme « Ni Ngamba Tshinyi » « NNT », en sigle, est écrit en Tshiluba, l'une des quatre langues nationales de la République Démocratique du Congo et langue maternelle du sujet. Il traduit fidèlement le vécu subjectif du sujet en présence. Il s'agit d'une femme mariée et mère d'une enfant, qui avait perdu sa mère lors de l'épidémie de maladie à virus Ebola qui avait sévi à Kaluamba son village natal. Elle habitait dans un autre village situé à peu près, à deux cents kilomètres de Kaluamba.

Un jour, elle voit débarqué dans son village de résidence son oncle qui vient lui annoncer le décès de sa mère alors qu'elle n'avait aucune information sur ladite maladie, elle se met à pleurer et, le jour même, elle prend son enfant unique et voyage pour son village natal où le deuil de sa mère était observé. Arrivée au village, elle constate que sa mère est morte d'Ebola et a déjà été enterrée. C'est pendant qu'elle observait le deuil de sa mère que son enfant tomba malade et présenta les signes semblables à la maladie à virus Ebola. C'est pour cette raison que l'enfant a

été transféré au CTE pour des examens approfondis. Quelques jours après, l'enfant rendit l'âme et NNT se met dans tous ses états et n'arrive plus à parler correctement, elle se met à bégayer.

Le cas NNT est issu de la Cinquième épidémie de la maladie à virus Ebola sur les quinze épidémies que la République Démocratique du Congo a déjà connues dans son actif, épisode qui a sévi à Kaluamba dans la Province du Kasai-occidental en 2008, actuelle Province du Kasaï central.

18.2. Identité

De sexe féminin, Ni Ngamba Tshinyi (NNT) 19 ans, mariée et mère d'une enfant d'une année et demie. Elle arrêta ses études en troisième année. NNT a été reçue en entretien clinique successivement à domicile, au CTE et au centre de santé. Son histoire s'est passée avec la cinquième épidémie de la MVE (Mweka 2008) dans la Province du Kasaï-Occidentale, actuelle Province du Kasaï Central, précisément dans le village Kaluamba, l'épicentre de l'épidémie.

Une femme de posture peu rassurante, toujours triste, d'une maigreur provoquée par l'événement épidémiologique traumatisant. Nerveuse quand elle parle de son entourage et d'une indifférence indigne comme une personne persécutée, elle parle d'une voix trainante avec bégaiement et fuite d'idées.

18.3. Présentation des plaintes

NNT n'a pas sollicité nous rencontrer en tant que psychologue, c'est comme d'habitude pendant l'épidémie de la MVE, c'est le personnel de soin qui va vers le malade.

La première rencontre avec NNT a eu lieu à domicile, dans la maison familiale quand cette dernière ne voulait pas que son enfant qui présentait quelques signes semblables à ceux de Maladie à Virus Ebola (MVE) ne soit amené au CTE. Puis, NNT a été rencontrée pour la deuxième fois au CTE dans la zone à faible risque quand elle a suivi son enfant malade au lieu d'isolement. La troisième fois, elle est vue au centre de santé où elle a été conduite pendant sa crise après l'annonce du décès de son enfant. Après, elle a été régulièrement suivie à domicile.

Le motif de rencontre avec NNT a été le refus et la peur qu'elle manifestait contre le transfert de son enfant d'un an et demi vers le CTE.

18.4. Histoire

NNT, 19 ans, mariée et mère d'une enfant d'une année et demie. Elle est mariée à un monsieur originaire d'un village éloigné, environ deux cents kilomètres de la sienne, kaluamba. Ce dernier est l'épicentre de la 5ème épidémie de la Maladie à Virus Ebola. Le couple habite Ndjokompunda, le village de l'homme. C'est après une année et demie du mariage que la dame voit un matin arrivé son oncle sur vélo pour lui annoncer le décès de sa mère, suite à la Maladie à Virus Ebola. Son corps était déjà enterré et aucun membre de famille avait vu le cadavre. L'équipe de l'enterrement leur avait seulement indiqué le lieu de l'inhumation.

NNT prend son enfant, dit au revoir à son mari, monte sur le vélo et rentre à Kaluamba avec son oncle pour s'enquérir de près du deuil de sa mère. Avant de quitter, son mari, très affligé par la nouvelle de la disparition de sa belle-mère, dit à sa femme : « vas-y et veille bien sur l'enfant, ce virus est très dangereux ».

Arrivée au village, NNT est accueillie dans sa famille par des pleurs, et elle est embrassée par ses tantes. La famille de NNT est connue dans tout le village, ainsi que chez les membres des équipes d'intervention comme une famille d'Ebola, parce que dans cette famille on a enregistré les cas confirmés de la Maladie à Virus Ebola ainsi que les contacts. C'est tous les jours que les membres de cette famille, ceux qui ont été listés comme contacts font l'objet de visite et de suivi par les épidémiologistes.

Trois jours après leur arrivée au village natal, l'enfant fait une température élevée et des vomissements en répétition, elle est vite amenée au centre de santé de Kaluamba. Arrivé au centre, après la consultation de l'infirmier titulaire, ce dernier dépiste la fièvre, les vomissements et le lien épidémiologique, l'enfant devient ainsi un cas suspect et elle est transféré au CTE. La famille ayant l'effet placebo négatif envers le CTE suite au décès de leur mère, refuse d'accompagner l'enfant au CTE et rentre à domicile. L'alerte est donnée par le centre vers la coordination de la riposte, cette dernière mobilise les équipes d'intervention pour persuader la famille à accepter le transfert de l'enfant, à acheminer l'enfant au CTE ainsi que de décrire le cas.

C'est sur cette recommandation de la coordination que la sous- commission de la prise en charge psychosociale est entrée en contact avec la famille pour amener la famille à accepter que l'enfant soit conduit au CTE. Apres l'entretien avec la famille, cette dernière à accepter et l'enfant est conduit au CTE.

Et le lendemain, l'enfant est décédée, et la sous-commission de prise en charge psychosociale est informée et devrait préparer la famille pour l'annonce du décès.

L'annonce est faite, et sa mère est tombée et ne parlait pas, elle était acheminée au centre de santé de Kaluamba, deux heures du temps après. Elle s'est réveillée et ne parlait plus comme avant, elle commençait à bégayer. Cette situation a perduré jusqu'à la fin de l'épidémie.

Organiquement, elle n'a pas elle-même présenté la maladie, ni les signes mais c'est sa fille, l'enfant unique d'une année et demie qui a présenté les signes semblables à ceux de la Maladie à Virus Ebola. La fille de NNT présente cette maladie dès le retour de NNT dans son village natal après avoir eu la nouvelle tragique du décès de sa mère avec le Virus d'Ebola. Les membres de famille de celle-ci sont considérés comme des personnes à haut risque par les membres des équipes d'intervention à cause de lien épidémiologique. Cette famille a perdu pendant cette même épidémie deux membres dont la mère de NNT et l'un de ses oncles maternels.

Dans le quartier, la maison familiale de NNT est devenue un milieu interdit à fréquenter, c'est la maison de la mort.

C'est pour toutes ces raisons évoquées ci-dessus que nous avons suivi et accompagné psychologiquement NNT et sa famille. Les activités de la prise en charge ont consisté à écouter, soutenir et à orienter NNT.

18.5. Evaluation

Compte tenu du contexte, l'épidémie de la maladie à virus Ebola est un évènement potentiellement traumatique. Perdre sa mère, son enfant et son oncle dans un laps de temps est un évènement hautement traumatique. Et perdre l'enfant dans son village natal sans la présence de son mari est un évènement hautement culpabilisant.

Tous ces facteurs réunis nous ont conduits à dire que NNT souffrait d'un traumatique complexe.

18.6. Conceptualisation du cas

Avoir perdu trois êtres très chers (enfant unique, mère et oncle maternel) a fait que NNT puisse présenter un traumatisme complexe …

Et être soi-même exposé à un virus mortel comme Ebola, on doit avoir peur soi-même de son extinction. Et aussi le fait que l'enfant soit mort entre ses mains pour sa cause, le sentiment de culpabilité est trop grand. C'est comme ça que nous avons décidé d'intervenir auprès de la victime.

Quand NNT est arrivée dans son village en famille, elle constate que sa mère était déjà enterrée et même certains membres de famille présents n'avaient pas vu le corps. En pleurant elle pousse des cris en ces mots : *«...qui est cet être humain qui décède aujourd'hui et on l'enterre le même jour comme si elle n'a personne pour le pleurer et l'enterrer, même si c'est Ebola».* C'est

ainsi que quand son enfant unique a présenté les signes semblables à Ebola, elle réagit en ces mots : *« je refuse que mon enfant soit amené là ou ma mère est décédée»*.

La victime ne comprenait plus rien de ce qui lui est était arrivé, quand elle exprime par exemple : «*je sens comme si ce corps ne m'appartient plus* et *c'est comme si je suis ailleurs dans le village que je ne connais pas, qui n'est pas le mien* ».

C'est ce qui a même justifié sa crise. De ces réactions de NNT, nous avons compris que la victime était dans une situation de dépersonnalisation et de déréalisation et que le sentiment de culpabilité était trop grand du fait que l'enfant soit mort entre ses mains et pour sa cause.

18.7. Déroulement du traitement et évaluation des progrès

Premièrement et, en psychologue, notre intervention a consisté à normaliser tous les signes présentés par NNT. Nous lui avons montré que ces signes ne signifiaient pas une pathologie mais les réactions de votre organisme à une situation anormale qui vous dérange, qui tourmente votre vie.

Deuxièmement, l'intervention psychosociale avec NNT commence avec une écoute active de son vécu. Et la victime avait des difficultés énormes de parler. Ensuite, la victime a été amenée à verbaliser certaines zones inabordables par exemple : parler de sa mère qui est décédée, parler de son enfant qui est décédé et parler de son mari qui attend un rapport.

Troisièmement, l'intervention a consisté à soutenir NNT dans les pertes significatives de ces objets (mère, enfant et oncle maternel).

Quatrièmement, nous avons recouru à la psychoéducation qui a consisté à donner les informations aux réactions manifestes chez NNT comme les bégaiements, l'insomnie, le fait de se sentir comme si son corps ne lui appartenait plus, comme si son village n'était plus comme celui qu'elle avait connu. Et aussi nous avons expliqué les réactions de l'entourage.

Cinquièmement, nous avons renforcé les liens familiaux entre les différents membres de famille présents dans le ménage.

18.8. Facteurs de complication

L'intervention avec NNT n'était pas facile. Travailler avec quelqu'une qui est polie traumatisée, nous demandait beaucoup d'efforts pour expliquer et se faire comprendre. Ensuite, tous les entretiens se faisaient avec une tierce personne : interprète qui ne traduisait pas fidèlement ce que nous disions et qui avait des fois tendance à exagérer les bénéfices secondaires. C'est ainsi qu'au courant d'un mois et demi, nous avons pu changer l'interprète. Il nous est arrivé de changer trois interprètes au courant d'un mois et deux semaines.

L'émotion était trop grande chez NNT. Une attente anxieuse de contracter la maladie et la permanence de la stigmatisation étaient des obstacles dans l'aboutissement de travail psychologique avec NNT.

18.9. Accès et obstacles aux soins

Bien qu'il fût facile pour nous d'accéder dans la maison familiale de NNT, nous avions toujours peur parce qu'on était dans une famille à lien épidémiologique. C'est pour dire que le risque d'exposition était permanent et que dans chaque rencontre, elle devait nous présenter des chaises pour nous asseoir, les chaises dont on ne connaissait pas l'état. Et le problème de langue nous a exigé la présence d'une tierce personne comme interprète.

Notre présence en tant que psychologue était un grand soulagement pour NNT et les autres membres de la famille en telle enseigne que la durée des entretiens subissait de prolongement, liquidé de transfère devenait des problèmes. NNT, malgré les difficultés, elle avait envie de parler.

18.10. Suivi

NNT a été suivie successivement pendant 12 séances dans une durée de 5 semaines en raison de 3 jours par semaine.

Pendant ces 5 semaines de prise en charge, nous avons constaté que la peur qu'elle avait dans le premier moment de la situation de son enfant avait diminué, aussi nous avons constaté une évolution lente dans beaucoup des problèmes qu'elle avait présentés au début mais avec une persistance des problèmes de parole. Elle pouvait se déplacer vers le centre et aussi aller vers le psychologue dès qu'elle le trouvait quelque part. Jusqu'à la fin de l'épidémie, NNT a présenté le problème d'adaptation.

18.11. Conséquences de l'affaire sur le traitement

Le cas NNT nous a surpris. Nous étions à notre deuxième expérience de lutte après celle de Mweka 2007. Et c'est la première fois de voir quelqu'un qui était normal se mettre à bégayer longtemps à cause de l'événement traumatique. C'est avec NNT que la sous-commission de prise en charge psychosociale a commencé à s'occuper de façon approfondie de victime secondaire et à confirmer effectivement les conséquences psychosociales de l'épidémie de la Maladie à Virus Ebola.

18.12. Recommandations aux cliniciens et chercheurs psychologues

Les épidémies en général et celle de la maladie à Virus Ebola en particulier ne figurent pas parmi les événements potentiellement traumatiques. Le cas de NNT prouve combien cette épidémie du Virus Ebola est hautement traumatique. Le sentiment de culpabilité semble être à la base des symptômes présentés par la patiente.

Analyse de cas : NI NGAMBA TSHINYI

De sexe féminin, Ni Ngamba Tshinyi (NNT) 19 ans, mariée et mère d'une enfant d'une année et demie. Elle arreta son parcours scolaire en troisième année des humanités. NNT a été reçue en entretien clinique successivement à domicile, au CTE et au centre de santé. Son histoire s'est passée avec la cinquième épidémie de la MVE (Mweka 2008) dans la Province du Kasaï Occidentale actuelle Province du Kasaï Central précisément dans le village Kaluamba, épicentre de l'épidémie.

Une femme de posture peu rassurante, toujours triste, d'une maigreur provoquée par l'événement épidémiologique traumatisant, nerveuse quand elle parle de son entourage et d'une indifférence indigne comme une personne persécutée, elle parle d'une voix trainante avec bégaiement et fuite d'idées.

NNT n'a pas sollicité nous rencontrer en tant que psychologue, c'est comme d'habitude pendant l'épidémie de la MVE, c'est le personnel de soin qui va vers le malade.

La première rencontre avec NNT se fait à domicile, dans la maison familiale quand cette dernière ne voulait pas que son enfant, qui présentait quelques signes semblables à ceux de Maladie à Virus Ebola (MVE), ne soit amené au CTE. Puis NNT est rencontré pour la deuxième fois au CTE dans la zone à faible risque quand elle a suivi son enfant malade au lieu d'isolement. La troisième fois, elle est vue au centre de santé où elle a été conduite pendant sa crise après l'annonce du décès de son enfant. Après, elle a été régulièrement suivie à domicile.

Le motif de rencontre avec NNT était le refus, puis la peur qu'elle manifeste contre le transfert de son enfant d'un an et demi vers le CTE.

C'est pendant que NNT se préparait pour aller montrer son enfant à ses parents au village natale, qu'elle apprenait la mort de sa mère par le virus Ebola. Arrivée sur place, dans son village natal, pendant qu'elle était en train de pleurer sa mère et d'observer le deuil de cet être cher

que son enfant présenta les signes semblables à la MVE (la même maladie qui a emporté sa regretté mère et a fini aussi à emporter son enfant).

De son expérience de la MVE, NNT, bien que n'ayant pas contracté le virus de façon directe, mais subjectivement, elle a vécu par ricochet la maladie et a subi un poly traumatique plus ou moins sévère. Les conséquences psychosociales de l'épidémie de la MVE sont : la mort de sa mère ainsi que la mort de son fils unique.

Il s'agit d'une jeune dame incarnant beaucoup d'énergie dans plusieurs domaines de la vie. Elle est connue dans son village, et s'adapte facilement à tous les niveaux de relations. Le trouble du langage dû à la perte de deux objets significatifs et d'amour (décès de la mère et de l'enfant unique), restent la composante essentielle de l'expérience du vécu subjectif de NNT par rapport à la MVE. C'est ainsi que pour NNT, le virus Ebola est perçu à la fois comme un mangeur d'homme et un sorcier.

Dans un premier temps de l'épidémie de la MVE axé sur l'annonce du décès de sa mère par le virus Ebola, NNT a refusé la nouvelle en disant ce n'était pas vrai (déni). La mort de son enfant l'a révélé les propos de son mari « *vas mais veilles à l'enfant* ». NNT a imaginé tout ce qui pouvait aller mal, les malheurs qui pouvaient lui arriver quand elle annoncerait le décès à son mari. Le fait de penser et de réfléchir à tout cela l'a conduite à développer une sorte de sidération et une projection d'anxiété en s'imaginant la suite qui pouvait découler derrière cette réalité (anticipation anxieuse).

Face à cette réalité qui dépasse les capacités d'adaptation de NNT à mettre les mots, celle-ci a l'impression de contempler la scène de l'extérieur, comme une spectatrice, et comme si ce n'était pas elle qui était en train de la vivre (dissociation). Elle ne ressent plus rien, se sent déconnectée, dans une anesthésie physique et psychique, comme si son corps était provisoirement éteint (sidération et alexithimie) et parle en bégayant (trouble de langage).

Cas 19. Nandimi kobota Nandako(NKN) (Cfr. Corps du Travail)

Cas 20. NGAI NABUNGISI ZEMI (Cfr. Corps du Travail)

Cas 21. ZEMI NANGAI EKEWAPI

21.1. Introduction

Le pseudonyme « zemi NaNgai Ekewapi » « ZNE » en sigle est en Lingala, l'une des quatre langues maternelles de la République démocratique du Congo, langue maternelle de la femme affectée. Littéralement, « zemi Na Ngai Ekewapi » traduit fidèlement le vécu subjectif de la patiente en présence. C'est cette phrase qu'elle ne cessait de répéter à toute personne qui la visitait pour sa situation d'avortement spontané. Il s'agit d'une femme infirmière dans une institution hospitalière de la place (ISIRO) qui a connu un avortement spontané parce qu'elle a appris que l'un des malades qu'elle a reçu était atteint du virus Ebola et spontanément, elle a avorté.

Le cas ZNE est issu de la 6ème épidémie de la maladie à virus Ebola sur les quinze que la RDC a connues dans son actif. Cet épisode a sévi en 2012, dans l'actuelle Province de Haut-Uélé dont Isiro est le chef-lieu et l'épicentre de ladite épidémie.

21.2. Identité

Zemi Nangai Ekewapi (ZNE), 37 ans, de sexe féminin, elle est mariée et mère de trois enfants. Elle est infirmière du niveau A1et habite la ville d'Isiro, épicentre de la sixième épidémie de la maladie à virus Ebola qui a sévi dans l'ancienne Province Orientale, actuelle Province de Haut-Uélé en République Démocratique du Congo. Zemi NaNgai Ekewapi a été reçue successivement d'abord au CTE comme un cas suspect, puis à l'hôpital général, son lieu de service, comme une malade qui a fait un avortement spontané, ensuite à domicile dans sa période de convalescence.

ZNE a été admise au CTE où nous l'avions reçue pour la première série d'entretien, puis à l'hôpital général pour la deuxième série d'entretien, où nous avions noté les symptômes ci-après : les fièvres, les vertiges, les douleurs abdominales, les vomissements, les lombalgies sur aménorrhées de trois mois et hémorragies par voie basse.

21.3. Présentation des plaintes

Du CTE à domicile via l'hôpital général, les lieux de rencontre avec ZNE, tous les entretiens se faisaient sans équipements de protection individuelle (EPI) compte tenu du diagnostic médical.

La peur intense d'être contaminée ou d'avoir déjà contractée la maladie à virus Ebola, l'angoisse de la mort, l'isolement, la détresse psychologique, sentiment de culpabilité, sentiment de deuil et surtout l'avortement spontané dû au fait qu'elle avait appris que le patient qui est passé entre ses mains était confirmé du virus Ebola sont les motifs qui nous ont amenés à rencontrer ZNE.

21.4. Histoire

ZNE est professionnelle de santé (infirmière) dans une Institution Hospitalière de Référence à Isiro, en tant que tel elle assure la prise en charge des soins des malades. C'est à ce titre que dans son travail, elle avait reçu un monsieur atteint de la maladie à virus Ebola dont, jusqu'à preuve du contraire, les signes ne se manifestaient pas encore. C'est après son transfert au CTE que ZNE apprenait que le patient qu'elle avait soigné est admis au CTE et est positif au virus Ebola.

Cette nouvelle a bouleversé ZNE, l'a traumatisée jusqu'à ce qu'elle ait connu un avortement spontané.

Cette dernière a associé la maladie à virus Ebola et sa mort imminente parce qu'elle avait déjà perdu ses collègues infirmières et infirmiers et beaucoup de leurs patients.

Devant cette crise d'angoisse due au fait que ZNE se croyait déjà être contaminée par le virus Ebola et voyait sa mort venir précipitamment, elle s'est retrouvée entrain de saigner avec des douleurs atroces et elle a été conduite au CTE comme cas suspect.

21.5. Evaluation

L'examen de laboratoire biomédical n'a pas révélé la présence du virus Ebola dans le sang, c'est ainsi que ZNE a été déclarée non cas. Par contre, l'examen gynécologique a révélé qu'au toucher vaginal une vulve souillée de sang rouge, le col ouvert de 4 centimètre de doigtier a révélé une coagulation de sang rouge. Ce qui a confirmé le diagnostic médical d'avortement inévitable sur aménorrhée de deux mois et demi accompagné de Paludisme.

Ce qui a conduit le médecin à prescrire le curetage instrumental, l'antipyrétique, l'antipaludéen et l'antibiotique de couverture.

Le diagnostic médical gynécologique posé à l'endroit de Madame ZNE a influencé notre diagnostic psychologique d'une affection psychosomatique, donc un avortement spontané dû à un choc émotionnel intense et à un traumatisme psychique réel.

Pour poser le diagnostic ci-dessus nous avons recouru à l'entretien clinique direct non-structuré avec l'intéressée (ZNE) et l'entretien clinique indirect semi-structuré avec ses proches (ses collègues infirmiers, ses membres de famille, ses amis et connaissances).

21.6. Conceptualisation du cas

Pour l'intervention psychosociale auprès de ZNE, nos stratégies ont été focalisées sur l'examen de laboratoire biomédical. Le résultat négatif de cet examen serait une façon pour nous de rassurer le sujet qu'il n'a pas été atteint, bien qu'elle ait touché le malade confirmé au virus Ebola et surtout qu'elle prenait les précautions de se laver les mains après chaque acte posé en rapport avec ce malade.

La deuxième stratégie a été focalisée sur les actes de soutien qu'il fallait apporter suite à la détresse psychologique qui a envahie ZNE après cet accident qui s'est produit en milieu de travail.

Une troisième stratégie était focalisée sur l'accompagnement du sujet suite à son travail du deuil, car cet avortement est considéré comme une perte d'un objet significatif.

Une quatrième stratégie est focalisée sur le sentiment de culpabilité qui a envahie fortement ZNE.

De ces stratégies, nous avons choisi de recevoir le sujet, en séance individuelle et aussi en séance de couple. Le choix de ces interventions, est opéré en rapport avec la détresse psychologique qui pèse sur le sujet et aussi le sentiment de deuil non résolu.

ZNE se culpabilise fortement d'être responsable de l'avortement d'une grossesse qui appartient à elle, à son mari et à tous les membres des familles restreinte et élargie, surtout sa belle-famille. En plus, certains objets de layette avaient déjà été achetés.

De cet incident, ZNE a compris le risque de son métier d'infirmière, elle l'a dit en ces mots *: « Nakoya kukufa natika bana na ngai na musala ya lifuta boni ? »,* littéralement ces propos de ZNE veut dire « je risque de mourir et laisser mes enfants pour quel type de travail ? Avec quel salaire ?...un salaire modique».

En fait, la patiente a compris en tant qu'infirmière qu'un choc émotionnel peut aussi provoquer un avortement et voire tuer quelqu'un et elle a trouvé l'importance d'une prise en charge psychologique.

La grossesse en soi est, d'une part, une joie pour la femme surtout si c'est sa première grossesse, une joie de devenir mère, mais, d'autres part, la grossesse constitue aussi un danger pour une mère et surtout une charge et un handicap parce qu'on n'est plus libre, on n'est plus souple, on n'est plus équilibré. C'est en cette deuxième assertion que le problème s'est posé avec ZNE, car devant une maladie aussi dangereuse comme Ebola, on se trouve devant un danger de mort, et le premier réflexe, c'est d'être prêt, libre et disposé pour affronter ces genres de situations. Or, ZNE n'est plus libre, elle transporte une charge.

Devant une telle émotion choc causée par la peur de cette maladie qui conduit de façon rapide à la mort, l'organisme de ZNE devrait d'abord se décharger de sa charge pour lutter, c'est ainsi qu'elle a réagi par l'évacuation du fœtus.

21.7. Déroulement du traitement et évaluation des progrès

Le tableau clinique constaté chez ZNE est, d'une part, la peur intense d'avoir déjà contracté la maladie à virus Ebola, l'isolement, la détresse psychologique, l'angoisse de mort, le sentiment de deuil non résolu. Tout ceci sur une toile de fond de la culpabilité. Ce qui nous a amenés à organiser le traitement psychologique avec ZNE. La première série d'interventions se déroulait au CTE qui avait reçu en admission la patiente comme cas suspect, puis à l'hôpital général, milieu du travail du sujet où il a été privilégié la psychothérapie de soutien contre la

détresse psychologique qui a envahi ce dernier. Nous avons également recouru à la psychoéducation pour informer le sujet sur les mécanismes et les rôles de certains symptômes manifestés dans sa situation (la peur, l'isolement, la détresse psychologique, le sentiment de culpabilité, l'avortement…).

La deuxième série d'interventions a eu lieu à domicile, comme déchargée et convalescente. Nous avons continué avec le soutien psychologique et avec la psychoéducation de certains symptômes et, à cela, nous avons ajouté un travail de deuil en séance individuelle et un travail de groupe au niveau du couple pour amener la patiente à se déculpabiliser de ses auto-accusations.

La victime a été reçue successivement au CTE, à l'hôpital puis à domicile en entretien clinique comme cas suspect, malade ayant connu un avortement spontané et ensuite comme déchargée et convalescente. Au total, 20 séances ont été réalisées avec la victime, dont 7 séances au CTE, 4 séances à l'hôpital général et 9 séances à domicile en raison de 1 à 2 séances au CTE le jour, 2 séances le jour à l'hôpital et d'une séance le jour à domicile, la durée des séances variait de 10 à 30 minutes selon les lieux de prestation.

21.8. Facteurs de complication

Quelques facteurs ont compliqué notre intervention auprès de ZNE, notamment le degré de l'anxiété constante avant le résultat de Laboratoire qui s'est révélé négatif au virus Ebola, la mort du patient à qui elle avait administrée les soins qui est par la suite devenu un cas confirmé au virus Ebola, le deuil vécu de la grossesse perdue, les rencontres cliniques en EPI.

21.9. Accès et obstacles aux soins

Les rencontres avec ZNE étaient rendues accessibles grâce à sa disponibilité au CTE, à l'hôpital tout comme à domicile, le climat était favorable à l'alliance thérapeutique. A côté de ces facteurs d'accès, il y a eu également des facteurs qui ont constitué d'obstacles à la prise en charge, à savoir : l'état de douleurs permanent chez le sujet, le comportement d'isolement du sujet, la non confidentialité du sujet se trouvant dans une grande salle commune avec tous les cas suspects, la stigmatisation familiale, professionnelle et communautaire.

21.10. Suivi

Psychologiquement, l'évolution du sujet était bonne, elle a été renforcée par le résultat de laboratoire biomédical parce que le pire que craignait le sujet était épargné, car le sujet était non cas à l'épidémie de la maladie à virus Ebola. Jusqu'avant sa sortie, le sujet s'est débarrassé de certains de ses symptômes entre autres : les douleurs multiples, l'angoisse de mort, la détresse psychologique, la peur intense.

A domicile, le sujet s'est débarrassé de ses sentiments de culpabilité et a résolu le problème de deuil et a promis de retourner à son travail.

21.11. Conséquences de l'affaire sur le traitement

Ce cas nous renseigne sur le risque psychosocial en milieu du travail qui peut exposer la vie d'un professionnel si les précautions ne sont pas prises.

La lecture de ce cas va permettre aux psychologues cliniciens de comprendre certains enjeux des émotions sur la grossesse et à tenir compte des femmes enceintes peu importe le degré de victimisation dans une catastrophe. Le psychologue doit également retenir de ce cas l'esprit créatif que doit avoir le psy de chercher à trouver des solutions en se servant aussi du statut de la victime, comme la solution liée à la culpabilité du sujet a été trouvée avec l'implication de son mari.

21.12. Recommandations aux cliniciens et chercheurs psychologues

Le cas ZNE nous renseigne sur les traumatismes vicariants qui peuvent même avoir une intensité supérieure au traumatisme originel. Nonobstant la complexité du cas ZNE, sa prise en charge a évolué malgré les contraintes, cela grâce à notre capacité d'écoute et d'adaptation ainsi qu'à notre sens de recourir à certains membres de sa famille comme son mari.

Analyse de cas : ZEMI NANGAI EKEIWAPI

Zemi Nangai Ekewapi (ZNE) 37 ans, de sexe féminin, elle est mariée et mère de trois enfants. Elle est infirmière du niveau A1et habite la ville d'Isiro, épicentre de la sixième épidémie de la maladie à virus Ebola qui a sévi dans l'ancienne Province Orientale, actuelle Province de Haut-Uélé en République Démocratique du Congo. Zemi NaNgai Ekewapi a été reçue successivement d'abord au CTE comme un cas suspect, puis à l'hôpital général, son lieu de service, comme une malade qui a fait un avortement spontané, ensuite à domicile dans sa période de convalescence.

ZNE a été admise au CTE où nous l'avions reçue pour la première série d'entretien, puis à l'hôpital général pour la deuxième série d'entretien, où nous avions noté les symptômes ci-après : les fièvres, les vertiges, les douleurs abdominales, les vomissements, les lombalgies sur aménorrhées de trois mois et hémorragies par voie basse.

Du CTE à domicile via l'hôpital général, les lieux de rencontre avec ZNE, tous les entretiens se faisaient sans équipement de protection individuelle (EPI) compte tenu du diagnostic médical.

La peur intense d'être contaminée où d'avoir déjà contractée la maladie à virus Ebola, l'angoisse de la mort, l'isolement, la détresse psychologique, sentiment de culpabilité, sentiment de deuil et surtout l'avortement spontané dû au fait qu'elle avait appris que le patient qui est passé entre ses mains était confirmé du virus Ebola sont les motifs qui nous ont amené à rencontrer ZNE.

Pendant que ZNE, infirmière de surcroit, attendait famille, elle avait reçu en consultation sans le savoir un patient atteint de la MVE. C'est après le transfert de ce patient au CTE, et aussi après que l'examen de laboratoire ait été effectué et révélé la positivité du sujet au virus Ebola, que ZNE était informée du statut épidémiologique de ce malade. Cette information avait bouleversé ZNE jusqu'à lui provoquer un avortement spontané.

Subjectivement, ZNE a vécu l'expérience de l'épidémie de la maladie à virus Ebola de façon traumatique, avec un taux d'angoisse de mort trop élevé, car elle avait déjà perdu dans cette même vague épidémiologique son amie intime, infirmière de surcroit comme elle.

De type de résonance extravertie, il s'agit d'une femme flexible, avec un contact facile et une conscience professionnelle très élevée. Pendant son hospitalisation, ZNE se familiarise facilement à tous les malades, les gardes-malades voire avec ses collègues de service qui pensent d'ailleurs qu'elle est une bonne camarade de jeu. Le sujet est plein d'égards envers ses autorités, mais elle prend tout à cœur, elle est très sensible et se culpabilise trop.

L'avortement spontané et non voulu reste la composante essentielle de l'expérience du vécu subjectif de ZNE, par rapport à la maladie à virus Ebola. A la suite de ce vécu négatif, le sujet s'est fortement culpabilisé d'être auteur de cet avortement, et surtout que la grossesse ne lui appartient pas seule, mais plutôt à son couple. Pour ZNE l'épidémie de la MVE est perçue comme l'apanage des sorciers, qui sont des mangeurs d'âmes, c'est ainsi qu'ils ont mangé son enfant (fœtus).

Confrontée par cette réalité d'être infectée par le virus Ebola puis mourir, ZNE s'est retrouvée envahie par le sentiment d'inconfort, de peur intense liée à une anticipation excessive

d'éventuel mal à venir (angoisse existentielle). La souffrance de la MVE et la mort qui va en découler, avant même que les résultats de laboratoire soient connus et avant même qu'elle puisse dire précisément ce qu'elle redoutait (anticipation anxieuse).

L'intensité et la nature de cette anticipation anxieuse négative a engendré chez ZNE un stress important jusqu'à subir un avortement spontané par somatisation (mécanisme psychosomatique). ZNE s'est fortement culpabilisée d'être auteure de cette perte de la grossesse familiale (sentiment de culpabilité). Le caractère réceptif de ZNE a facilité la relation des soins, jusqu'à l'amener à se débarrasser de ses symptômes.

Cas 22. MUNGANGA MU PIA

22.1. Introduction

Le pseudonyme « Munganga Mu Pia » « MMP » en sigle, est écrit en Swahili, l'une de quatre langues nationales de la République Démocratique du Congo et langue maternelle du sujet, littéralement il veut dire : « Jeune médecin », ce pseudonyme reflète l'expérience professionnelle de la victime en présence. Non seulement il venait de terminer ses études en médecine, mais aussi c'est sa première participation à la lutte contre la maladie à virus Ebola. Il s'est fortement culpabilisé suite au décès d'une femme cas confirmé au CTE parce qu'il pensait qu'il n'avait pas fait quelque chose pour sauver la vie de cette dernière, dès lors il est resté fixer à l'image du décès de la femme en question et ne pouvait pas se concentrer pour le reste des activités médicales.

Le cas MMP est issu de la dixième épidémie de la maladie à virus Ebola, sur les quinze épidémies qu'a connues la Rd Congo, épisode qui a sévi au Nord Kivu et Ituri, précisément à Béni et Komanda.

22.2. Identité

De sexe masculin, Munganga Mu Pia, 30 ans, docteur en médecine, a été rencontré au quartier général où sont logés les membres des équipes d'intervention dans un épicentre de la dixième épidémie de la maladie à virus Ebola qui a sévi au Nord-Kivu et en Ituri à l'Est de la République Démocratique du Congo. Physiquement, il ne présente aucun symptôme, « il se porte bien », mais est dérangé psychologiquement pour ne pas avoir sauvé la vie d'une patiente qu'il pense qu'on pouvait lui sauver la vie et il s'accuse de négligence.

22.3. Présentation des plaintes

Munganga Mu Pia a été reçu à plusieurs reprises au quartier général où sont logés les membres des équipes d'intervention de l'ONG qui l'a recruté, il ne constituait aucun danger de contamination, car tous les entretiens se sont déroulés sans EPI.

Reçu dans le cadre de débriefing psychologique collectif, Munganga Mu Pia a été repéré comme une victime nécessitant un suivi psychologique individuel. A la base, le sentiment de culpabilité pour ne pas avoir sauvé la vie d'une patiente, mariée à un militaire et mère de 5 enfants.

22.4. Histoire

Munganga Mu Pia est médecin dans une institution hospitalière à l'Est du pays. Devant la flambée complexe de l'épidémie de la maladie à virus Ebola qui s'est propagée dans toute la région, le besoin en professionnels de santé s'est fait sentir avec acuité et c'est dans cette circonstance que Munganga Mu Pia a été recruté pour la prise en charge médicale des patients.

Il n'est pas victime infectée par la maladie à virus Ebola, mais une victime affectée par l'épidémie de la maladie à virus Ebola. Le décès de la dame, qui fait l'objet de culpabilité chez Munganga Mu Pia, est arrivé pendant que ce dernier était désigné pour la toute première fois, chef de staff médical en intérim.

La prise en charge psychosociale de la victime a commencé avec une séance de débriefing collectif de 15 professionnels de santé, victimes des attaques des groupes armés à l'Est du pays dans la zone touchée par la maladie à virus Ebola.

22.5. Evaluation

Cherchant à tout prix à sauver la vie d'une patiente dont le diagnostic médical n'était pas complet et qui avait caché au personnel soignant une importante information liée à sa santé et ayant des liens avec la complication actuelle de sa maladie. Et suite au décès de cette patiente, Munganga Mu Pia s'est fortement culpabilisé jusqu'à présenter une humeur dépressive, à manquer du sommeil et de l'appétit pendant plusieurs semaines avec des implications dans sa corpulence, c'est la perte du poids. Dans ses activités, MMP commence à accuser une baisse de concentration et de l'attitude à penser avec un ralentissement psychomoteur. Ce qui nous a poussés avec ce tableau clinique en présence, de poser un diagnostic de trouble dépressif.

C'est lors du débriefing collectif et des entretiens cliniques approfondis que nous sommes arrivés à avoir toutes ces données qui nous ont permis de poser ce diagnostic de trouble dépressif.

22.6. Conceptualisation du cas

Compte tenu de la situation de crise qui prévalu et de la nature de son trouble (trouble dépressif), nous avons arrêté les stratégies suivantes pour nos interventions : d'abord, chercher à réguler le problème de sommeil qui a de l'impact sur la perte de l'énergie, sur le ralentissement psychomoteur ; puis chercher à résoudre le problème de l'alimentation, c'est-à-dire amener le sujet à manger et à retrouver son appétit durant cette période de crise. Enfin, se focaliser sur le problème de concentration et de l'aptitude à penser, car ceci à de l'impact sur son travail général.

Le sujet n'a pas su qu'il faisait déjà un trouble dépressif, mais il vivait ses symptômes. Le sentiment de culpabilité à la base de son trouble est dû par le fait que son objectif de guérir mordicus la patiente n'était pas atteint et il s'est vite auto-accusé de négligeant, d'incompétent.

Il l'a exprimé en ces mots : *« je suis dérangé par la mort d'une patiente que je pense qu'on pouvait bien la sauver mais j'ai été négligeant en tant chef, les collègues ont tripoté».*

De la situation de MMP, nous pensons qu'en tant que soignant, il a fixé un objectif irréaliste, celui de guérir coûte que coûte la patiente et que la mort de celle-ci a été perçue par MMP comme un échec. C'est ainsi que le sujet est resté fixé à cette scène d'être à côté d'un malade qui n'est plus, cette fixation est à la base de son trouble de sommeil. Les conséquences de celui-ci ont de l'impact sur l'appétit, sur la perte du poids et de l'énergie ainsi que du ralentissement psychomoteur.

22.7. Déroulement du traitement et évaluation des progrès

Le traitement MMP a été organisé à trois niveaux d'interventions.

Premièrement, nous avons procédé à offrir un support d'informations à la victime concernant le trouble dépressif, ses symptômes, ses causes et aussi ses liens avec certains objectifs que nous nous assignons dans nos relations de soins avec nos patients et surtout si ces objectifs ne sont pas atteints, il est considéré comme un échec pour le thérapeute avec ses conséquences sur la santé mentale.

Ensuite, nous avons organisé des rencontres d'informations et de visites entre la victime (médecin traitant) et les autres professionnels avec qui la patiente décédée a été soignée ainsi qu'avec la famille de la défunte (son mari et ses enfants). Avec des collègues professionnels de santé, il a été question d'évaluer la prise en charge de la patiente décédée afin que l'on puisse

établir les responsabilités. Pour la victime (médecin traitant), c'est une façon de verbaliser ses affects douloureux liés à ce cas-là. Pour les membres de famille de la défunte, c'était une façon d'amener le médecin traitant à leur rendre service, car c'était le jour de la fête de Noël qu'on a apporté à la famille les vivres, une façon de réparer, en aidant, en donnant pour se déculpabiliser.

Enfin, nous nous sommes impliqués dans le processus de recouvrement de sa santé physique et mentale en proposant des exercices de relaxation pour avoir le sommeil et bien dormir, retrouver son appétit alimentaire, des exercices de relation pour la maitrise et la concentration.

Dans nos relations de soins avec MMP, nous nous sommes rencontrés successivement en débriefing collectif général, en débriefing collectif spécifique et débriefing individuel comme présentant un trouble dépressif. Nous avons eu au total 12 séances dont 2 en débriefing collectif général, puis 2 en débriefing collectif spécifique, ensuite 2 en débriefing individuel, enfin 2 visites familiales. Le tout, pendant quatre semaines et la durée des séances variait entre 20 et 30 minutes, selon qu'il s'agissait de débriefing individuel ou des visites familiales, et de 1 à 2 heures pour le débriefing collectif général et collectif spécifique.

22.8. Facteurs de complication

L'incompréhension du médecin à être consulté par un psychologue reste le seul facteur de complication dans notre relation de soins avec la victime.

22.9. Accès et obstacles aux soins

Néanmoins, sa présence au Quartier général (base) est le principal facteur de facilitation de sa prise en charge, c'est ce qui nous a permis d'avoir la possibilité de pouvoir le voir à chaque fois que le besoin se présente.

Par contre, certains facteurs ont entravé nos relations de soins avec MMP notamment : le fait d'être consulté par un psychologue ne soit pas culturellement habituel.

22.10. Suivi

Compte tenu du niveau intellectuel de notre victime, le patient avait très bien évolué sur le plan psychologique et avait compris l'importance des soins psychologiques, car c'est lors d'une visite familiale dans la famille de sa défunte patiente qu'il comprendra que deux semaines avant que cette dernière ne soit admise au CTE, elle avait reçu des balles lors d'une manifestation populaire et est allée se faire opérée dans un centre de santé de la place et l'opération n'avait pas réussie. C'est à partir de cette découverte que notre victime se rendra compte que l'hémorragie qu'il avait constatée au CTE chez la patiente n'était pas due à son erreur médicale, mais plutôt de la balle qu'elle avait reçue lors d'une manifestation populaire et dont l'intervention chirurgicale était sans succès. Et cette découverte était un ouf de soulagement pour la victime qui se culpabilisait pour ses erreurs et s'est débarrassé de tous ses symptômes.

22.11. Conséquences de l'affaire sur le traitement

Ce cas nous renseigne sur la capacité du psychologue à s'adapter aux différentes conditions (personnelles, culturelles) et circonstances de sa profession et surtout à faire preuve d'un esprit de créativité afin d'étendre son champ d'action au point d'aider les sujets à problèmes à se déculpabiliser et à se débarrasser de leurs symptômes.

22.12. Recommandations aux cliniciens et chercheurs psychologues

Au regard de la littérature, la psychanalyse nous apprend que le degré de la maladie détermine la dimension transférentielle. C'est parce que la victime n'était pas très malade et que son transfert n'était pas très important dans les relations de soins parce qu'elle ne se croyait pas malade du tout.

Devant un transfert négatif, il faut réagir par le contre-transfert pour évoluer dans la prise en charge.

Analyse de cas : MUNGANGA MU PIA

De sexe masculin, Munganga Mu Pia 30 ans, docteur en médecine, a été rencontré au quartier général où sont logés les membres des équipes d'intervention dans un épicentre de la dixième épidémie de la maladie à virus Ebola qui a sévi au Nord-Kivu et en Ituri à l'Est de la République Démocratique du Congo. Physiquement, il ne présente aucun symptôme, « il se porte bien », mais est dérangé psychologiquement pour ne pas avoir sauvé la vie d'une patiente qu'il avait pensé qu'on lui sauverait la vie. Il s'est accusé ainsi de négligence.

Munganga Mu Pia a été reçu à plusieurs reprises au quartier général où sont logés les membres des équipes d'intervention de l'ONG qui l'a recruté. Il ne constituait aucun danger de contamination, car tous les entretiens se sont déroulés sans EPI.

Reçu dans le cadre de débriefing psychologique collectif, Munganga Mu Pia a été repéré comme une personne affectée nécessitant un suivi psychologique individuel, suite au sentiment de culpabilité de ne pas avoir sauvé la vie d'une patiente, mariée à un militaire et mère de 5 enfants.

C'est pendant sa première expérience clinique, en tant que médecin traitant lors d'une épidémie de la MVE (la plus grande en Rd Congo et la deuxième au monde après celle de l'Afrique de l'Ouest), que MMP est confronté à un cas de décès d'une patiente, cas confirmé pour lequel il s'est attribué la responsabilité.

MMP avait subjectivement vécu l'expérience du décès de cette patiente pendant l'épidémie de la MVE à la fois comme une frustration, une déception, une dévalorisation, une incompétence et une impuissance face à cette perte. Une mauvaise expérience qui est allée à l'encontre des attentes de MMP : être valorisé à la fin de cette épidémie comme un bon médecin ayant participé dans la riposte internationale contre l'épidémie de la MVE.

De type de résonance intime introverti, il s'agit d'un monsieur généralement calme, teinté d'égards vis-à-vis de ses supérieurs et ses collègues de service. Il aime le travail d'équipe et on peut lui faire confiance pour la conscience professionnelle, mais c'est quelqu'un qui ne cherche pas à dominer ou à imposer son point de vue au sein d'une équipe.

Pendant le travail, MMP ne prend généralement pas de décision tout seul et demande toujours conseil auprès de ses collègues de service et des ainés. Le sentiment de culpabilité et sa prise de conscience sur un terrain d'énormes complications liées à la maladie reste la composante essentielle de l'expérience du vécu subjectif de MMP par rapport à l'épidémie de la MVE.

MMP avait une double perception de l'épidémie de la MVE, à savoir : une maladie grâve et mortelle avec d'importants risques d'exposition pour lui en tant que personnel soignant d'une part, et le bénéfice secondaire d'autre part, c'est-à-dire la participation à la lutte qui pouvait ajouter un plus sur son CV.

Confronté au décès d'une femme, cas confirmé sous sa responsabilité en tant que médecin chef de staff en intérim, MMP s'est senti coupable de ce décès, qui s'est par la suite traduit par des auto-reproches. Car, affirme-t-il que : « c'est à cause de moi, c'est ma faute ». Il regrette de ne pas avoir réussi à lui sauver la vie (sentiment de culpabilité). Ceci a indui dans le chef de MMP un manque important d'énergie surtout dans le travail. Il commençait ainsi à se déprécier, à se voir incompétent (dépréciation).

Devant toutes ces difficultés, MMP éprouvait le besoin de s'épancher et de rencontrer quelqu'un qui puisse le comprendre et le soutenir. La présence du psychologue qui l'a reçu en entretien duel était salutaire pour lui, et c'est avec lui que MMP parlait de ses souffrances dans un

climat de confiance mutuelle de réassurance et de compréhension chaleureuse (mécanisme d'affiliation).

La verbalisation et l'expression des affects négatifs et douloureux liés au sentiment de culpabilité et à la prise de conscience de son innocence suite au décès de la femme, cas confirmé qu'il estime être responsable, a conduit MMP à se remettre mentalement, à se libérer et exprimer ses affects négatifs, mais aussi à se défocaliser et se déculpabiliser (abréaction)

Cas 23. MAMA MUNGANGA ANALIA

23.1. Introduction

Le pseudonyme « Mama Munganga Analia » « MMA_1 », est en Swahili, l'une de quatre langues nationales de la République Démocratique du Congo, qui veut dire littéralement « madame le médecin a pleuré amèrement les morts d'Ebola, les larmes aux yeux », traduit fidèlement le vécu subjectif de la victime en présence. C'est avec cette phrase qu'elle s'est ouverte au psychologue quelques minutes après qu'elle venait de perdre pour la enième fois un malade. Alors après le déshabillage, la soignante s'est mise sérieusement à pleurer à côté de la CUBE d'où elle est sortie, demandant à son binôme d'appeler pour elle un psychologue. Ce dernier arrivera et la trouvera entrain de pleurer.

Quand elle voit le psychologue arriver, elle lui dit ; *« Psy, J'ai quitté mon pays jusqu'ici pour venir sauver les âmes, mais quand tous les malades que je soigne doivent mourir, finalement qu'est- ce que je suis venir faire ici en Rd Congo ?* » Le premier entretien avec la victime a eu lieu au CTE dans l'espace médical et les autres entretiens ont eu lieu au quartier général où sont logés les membres des équipes d'intervention. Au total 7 séances ont été réalisées avec la victime, la durée des séances variait entre 15 à 30 minutes.

Le cas MMA_1 est issu de la dixième épidémie de la maladie à virus Ebola sur quinze épidémies que la Rd Congo a déjà connues, épisode qui a sévi dans les Provinces de Nord-Kivu et d'Ituri, précisément à Béni et à Komanda.

23.2. Identité

De sexe féminin, Mama Munganga Analia « MMA_1 », 46 ans, mariée et mère de trois enfants, elle est docteur en médecine et experte Ebola avec l'expérience de trois épidémies dans son actif. Les rencontres avec MMA_1 ont eu lieu successivement au CTE et au Quartier Général lors de la dixième épidémie de la maladie à virus Ebola qui a sévi au Nord-Kivu et en Ituri.

La victime ne présente pas des symptômes physiques, car elle n'est pas « malade physiquement »

23.3. Présentation des plaintes

Le premier contexte de la rencontre a eu lieu au CTE, alors que le docteur venait de sortir de la CUBE d'où elle venait de perdre pour la énième fois un malade. Après le déshabillage, elle s'est mise à pleurer sérieusement jusqu'à demander à son binôme de lui faire venir un psychologue et rapidement nous sommes allés à son écoute.

Les premiers symptômes mis en avant par le docteur, ce sont des pleurs. Ensuite, nous avons repéré la tristesse, l'angoisse, la culpabilité, le sentiment d'impuissance, le doute de ses capacités.

23.4. Histoire

Mama Munganga Analia « MMA_1 » est de formation médicale, docteur en médecine, généraliste et médecin dans son pays d'origine (dans un pays d'Afrique de l'Ouest) et

experte dans la lutte contre la maladie à virus Ebola, elle est dans sa troisième épidémie dont l'une en Guinée et deux en République Démocratique du Congo.

MMA_1 n'a pas de statut épidémiologique, au contraire elle est médecin traitant des patients confirmés à la maladie à virus Ebola.

La prise en charge psychologique de la victime commence avec ses chocs émotionnels, cette décharge affective soldée par des pleurs au CTE, c'est une écoute active. Ensuite par une verbalisation des affects douloureux.

23.5. Evaluation

L'expérience de la victime est traumatique. Plusieurs tentatives de soins administrés aux malades déclarés au virus Ebola se sont averés sans succès. Ces échecs thérapeutiques ont conduit la victime à la remise en cause de ses connaissances en tant que docteur en médecine, c'est qui l'a plongée dans le découragement et la démotivation. A l'œil nu, elle donnait l'air d'une personne très épuisée, débordée par les événements, elle n'avait plus envie de continuer le travail, puis elle s'est ensuite culpabilisée de ne pas avoir sauvé les vies humaines pour lesquelles on a fait des milliers de kilomètres, ce qui a justifié ses pleurs en abondance juste après le déshabillage, au sortir du CTE.

C'est ce qui nous a amenés à poser le diagnostic de stress dépassé et d'épuisement professionnel.

23.6. Conceptualisation du cas

Devant la situation de MMA_1, nous avons choisi une première intervention au niveau des affects douloureux liés au décès des malades que la victime a accumulés.

Deuxièmement, nous avons choisi une intervention visant à déculpabiliser MMA_1 qui s'est fortement déculpabilisée pour le nombre de décès important sous ses yeux, elle s'auto-accuse le niveau insuffisant de ses connaissances.

Troisièmement, une autre intervention focalisée sur le niveau de stress dépassé lié à son travail.

MMA_1 a assisté à une succession des décès des patients, malgré ses efforts de prise en charge en tant que médecin, émue d'une tristesse profonde. Elle s'est mise en pleurs comme elle le dit en ces termes : « *Psy, J'ai quitté mon pays jusqu'ici pour venir sauver les âmes, mais quand tous les patients que je soigne doivent mourir, finalement qu'est- ce que je suis venu faire ici en Rd Congo ?* »

La victime a compris que ses réactions sont les conséquences de stress élevé dû à un taux de décès élevé des malades à une courte durée au CTE, ce qui est inhabituel dans l'exercice de son travail depuis qu'elle l'exerce comme médecin.

Sa compréhension a évolué dans un premier temps, elle croyait que c'était elle qui était responsable, mais avec la psychoéducation elle a compris que c'est un stress, une réaction normale à un événement anormal.

Des réactions de la victime, nous avons pensé qu'à la base c'est la culpabilité, le débordement, l'épuisement professionnel face à un nombre important de décès qu'elle n'a jamais enregistré tout au long de sa carrière professionnelle et aussi elle est vulnérable du fait que tout cela se passe dans un pays étranger qui n'est pas son milieu naturel.

23.7. Déroulement du traitement et évaluation des progrès

MMA_1 a été prise en charge à cinq niveaux (étapes). La première a été abordée à l'étape d'évaluation initiale où rapidement les besoins et attentes de la victime ont été évalués y compris ses forces ainsi que ses difficultés.

Faute de temps et de l'espace, voire de la nature même des facteurs étiologiques à la base de son trouble, nous n'avions pas eu le temps d'approfondir le diagnostic.

Ainsi, quelques techniques psychothérapeutiques ont été indiquées. C'est le cas notamment de la décharge émotive où le sujet a été invité à verbaliser ses affects douloureux. Celui-ci a été combinée avec la psychothérapie de soutien pour amener le sujet à se déculpabiliser de décès de tous ses patients, à ne pas s'auto-accuser de manque de niveau ou de performances de travail, mais d'avoir plus confiance en soi et de la maitrise de soi. La psychoéducation nous a plus aidés à amener le sujet à prendre connaissance des mécanismes des symptômes manifestes chez soi. Il a été également question de discuter avec le sujet sur la littérature concernant la maladie à virus Ebola, il lui a été prescrit les techniques de gestion de stress où le sujet devrait observer les exercices de relaxation et de sommeil.

Sur proposition du psychologue, un break de trois semaines (repos dans son pays de provenance auprès de sa famille) avait été recommandé au sujet afin qu'il puisse récupérer.

A l'issue de ce break et de retour à la riposte, pour prester en toute quiétude et éviter d'être au chevet des malades et constater les décès réguliers des malades, cette fois-ci, le sujet avait changé de service et de structure (ONG) et opté pour la surveillance épidémiologique.

La victime a été reçue successivement au CTE puis au Quartier Général (base). Au total, 12 séances ont été réalisées avec la victime, dont 1 séance au CTE, 11 au Quartier Général, la durée des séances variait entre 10 à 30 minutes selon les lieux de prestation.

23.8. Facteurs de complication

Parmi les facteurs de complications, pour le cas MMA_1, les principaux sont le volume horaire ainsi que les urgences chez la victime comme chez le psychologue, étant donné le nombre important des patients à prendre en charge.

23.9. Accès et obstacles aux soins

Malgré le volume horaire et les urgences, la présence du sujet à la base (Quartier Général) reste un élément important ayant facilité la relation d'aide.

Bien que le repos soit une recommandation du psy, l'absence du sujet a également constitué une entrave dans la relation de soins, car le suivi se faisait à distance par téléphone. A cela, nous pouvons ajouter le nombre important des malades et le taux élevé de décès au CTE.

23.10. Suivi

Le niveau intellectuel est un facteur important, il a permis au sujet de récupérer psychologiquement, car ce dernier s'est conformé à toutes les prescriptions du psychologue.

Ce suivi s'est fait à distance au moyen des appels téléphoniques entre la zone touchée par la maladie à virus Ebola et le pays d'origine de la victime. Il allait mieux car il s'est déchargé de ses affects douloureux et s'est déculpabilisé et repris la confiance en soi et retourner sur terrain, mais dans une autre commission et structure comme signalé ci-haut.

23.11. Conséquences de l'affaire sur le traitement

Ce cas nous renseigne sur le degré d'exposition, les conséquences de la maladie à virus Ebola sur le plan de la santé mentale des professionnels de santé impliqués dans la riposte.

Aussi, sur la nécessité d'organiser les séances de débriefing psychologiques à maintes reprises avec les professionnels engagés dans la lutte contre la maladie à virus Ebola dans une durée d'au moins après une semaine d'intervention dans sa phase aigüe ou post-aigüe.

23.12. Recommandations aux cliniciens et chercheurs psychologues

Au regard de la littérature scientifique, le psychologue clinicien dans sa pratique institutionnelle fait partie des professionnels de santé et s'intéresse aux malades, garde-malades,

membres des familles des malades voire des autres professionnels présents dans l'institution hospitalière.

Avec ce cas, nous estimons que ce travail que ce dernier exerce dans des institutions hospitalières peut être transposé et élargi dans la riposte contre Ebola où les différentes victimes doivent être prises en charge selon les degrés de leur victimisation (primaires, secondaires et tertiaires, quartenaires).

Ceci pour dire que, les professionnels de santé confrontés à des situations de souffrances extrêmes ne sont pas épargnés par l'épuisement professionnel et le stress dépassé par rapport à leurs prestations, raison pour laquelle les séances de débriefings leur sont recommandées après une période bien précise en vue de les permettre de se ressourcer psychologiquement et renforcer la confiance en soi pour un travail de qualité sur terrain.

Le psychologue lui-même comme responsable des séances de débriefing doit également mettre en place des séances de débriefing de débriefeurs pour être pris en charge par un autre psychologue chevronné en vue du maintien de son équilibre mental et sa lucidité professionnelle dans ces genres des situations.

Analyse de cas : MAMA MUNGANGA ANALIA

De sexe féminin, Mama Munganga Analia « MMA_1 », 46 ans, mariée et mère de trois enfants, est docteur en médecine et experte Ebola avec l'expérience de trois épidémies dans son actif. Les rencontres avec MMA_1 ont eu lieu successivement au CTE et au Quartier Général lors de la dixième épidémie de la maladie à virus Ebola qui a sévi au Nord-Kivu et en Ituri.

La femme affectée ne présente pas des symptômes physiques, car elle n'est pas « malade physiquement »

Le premier contexte de la rencontre a eu lieu au CTE, alors que le docteur venait de sortir de la CUBE d'où elle venait de perdre pour la énième fois un malade. Après le déshabillage, elle s'est mise à pleurer sérieusement jusqu'à demander à son binôme de lui faire venir un psychologue et rapidement nous sommes allés à son écoute.

Les premiers symptômes mis en avant par le docteur, ce sont des pleurs. Ensuite, nous avons repéré la tristesse, l'angoisse, la culpabilité, le sentiment d'impuissance, le doute de ses capacités.

MMA_1 est Médecin de formation, originaire d'un pays de l'Afrique de l'Ouest. Sa participation dans la riposte contre le dixième épisode de l'épidémie de la maladie à virus Ebola en Rd Congo, marque sa première mission en international, précisément dans la Province de Nord-Kivu, territoire de Beni et dans la ville du même nom.

Beni est une ville caractérisée par les atrocités perpétrées par les groupes armés locales et internationales opérant nuit et jour avec les tueries macabres. C'est dans ce contexte que MMA_1 assurait la prise en charge des malades d'Ebola au CTE de Beni.

De manière subjective, MMA_1 avait vécu l'expérience de l'épidémie de la maladie à virus Ebola dans un contexte de vulnérabilité et fragilité extrême. En tant qu'étrangère ne travaillant pas dans son territoire naturel, et laissant de très loin dans son pays d'origine sa famille, amis et connaissance (enfants, mari, ses frères et sœurs...), le vécu de cette maladie a entraîné pas mal de problèmes de santé mentale dans le chef du sujet.

Une femme qui fait preuve de réalisme, pour des situations sociales qui prévalent chez MMA_1, la conduit à émettre des jugements équilibrés sur ses échanges entretenus avec les autres. Dans l'exercice de ses activités de soins, elle se montre droite et constante, en particulier dans le raisonnement médical, bien que, des fois, sans nuances de réalités, elle déteste la paresse et la négligence. Au travail MMA_1 est tenace et sérieuse, et évite la superficialité.

Le sentiment de deuil non résolu reste la composante essentielle de l'expérience du vécu subjectif de MMA_1 par rapport à l'épidémie de la MVE. Cette dernière est perçue doublement par MMA_1 : d'abord comme une maladie grâve et mortelle avec d'importants risques d'exposition pour le personnel soignant de première ligne et, puis, comme un bénéfice secondaire dans ce sens que la mission pour la riposte Ebola est rémunératrice.

Confrontée par un nombre important des décès au jour le jour, et malgré les efforts pour guérir, MMA_1 commençait à avoir des doutes au sujet de ses compétences médicales. Elle doutait même de la qualité des médicaments administrés aux malades, et aussi de la cohésion et l'efficacité des équipes de prise en charge (dépréciation).

MMA_1 éprouve des difficultés face à ses malades en détresse, car ne pouvant plus leur restaurer le rétablissement et la santé. Elle assiste cependant à une scène terrifiant en ce sens que ces malades meurent l'un après l'autre malgré les efforts consentis. MMA_1 se prend alors en pitié, elle semble ne pas se rendre compte de ce que les membres d'équipes soignantes font pour le bien-être des malades. En présence d'un unième décès, MMA_1 se laisse alors aller aux pleurs en sanglots, aux découragements, et menace de quitter le travail clinique (régression et clivage).

Pour ne plus continuer à vivre les malheurs et la désolation liés au virus Ebola, les pleurs des familles, les malades en détresse psychologique, les malades agonisants, MMA_1 avait changé de commission, en quittant la prise en charge médicale vers la commission de surveillance épidémiologique (ou passage à l'acte), ou elle ne sera plus confrontée aux malades ayant de la détresse et ceux qui meurent.

Cas 24. Namwasi Yamunganga Peabeli

24.1. Introduction

Le pseudonyme « Namwasi Yamunganga Peabeli» « NYP » en sigle, est écrit en Lingala, l'une de quatre langues nationales de la République Démocratique du Congo et langue maternelle du sujet, littéralement il veut dire : « *Même son épouse infirmière est tombée malade à virus Ebola* ?». Il reflète l'étonnement de la communauté à l'endroit d'un couple infirmier dont le mari venait de succomber avec la même maladie. Et sa femme aussi, infirmière de son état, avait fait la maladie dans un état de grossesse, provoquant ainsi un avortement spontané de celle-ci. Mais, elle en était guérie.

Le cas NYP est issu de la 9ème épidémie de la maladie à virus Ebola sur le quinze que la Rd Congo a connues dans son actif, épisode qui a sévi en 2018 à la Province de l'Equateur, précisément dans la cité de Bikoro.

24.2. Identité

De sexe féminin, Namwasi Yamunganga Peabeli « NYP », 36 ans, est diplômée d'état en sciences infirmières niveau A_2. Elle avait été reçue successivement en entretien duel, d'abord à domicile en tant qu'une veuve qui venait de perdre son mari et ensuite à domicile encore, cette fois-ci, comme un cas suspect dont on devait préparer le transfert au CTE à une quatre vingtaines de kilomètres.

Elle avait été suspectée comme souffrant de la maladie à virus Ebola pour avoir présenté les symptômes suivants : une forte fièvre, les maux de tête violents, la diarrhée, les vomissements.

24.3. Présentation des plaintes

Namwasi Yamunganga Peabeli « NYP » avait été successivement reçue à domicile comme famille éprouvée et comme cas suspect, puis au CTE comme malade confirmé à Ebola et

encore à domicile comme survivante. De ces trois contextes de rencontres, seules dans les rencontres du CTE où nous étions habillés en EPI.

Des différents temps des rencontres, plusieurs symptômes psychologiques étaient à la base de nos interventions, notamment : le deuil non résolu de son mari, la détresse psychologique, l'angoisse de la mort, les pleurs sans cesse, le refus de se rendre au CTE dans un autre village (Bikoro). La patiente avait beaucoup saignée (vaginal) deux semaines après sa guérison.

24.4. Histoire

Namwasi Yamunganga Peabeli « NYP » était une femme infirmière comme son mari, elle travaillait dans un Centre de santé de référence de la place, mère de six enfants.

Le mari de NYP fut parmi les premiers à faire la maladie à virus Ebola, pendant que celle-ci n'était pas encore connue officiellement. Et, c'est pendant les funérailles de son mari que NYP s'était fait infectée, car comme le témoigne le sujet « *le corps de mon mari avait sérieusement saigné* ».

La prise en charge psychosociale de NYP avait commencé à domicile, comme veuve d'un décédé d'Ebola, elle s'était renforcée avec son statut de cas suspect où elle commença déjà à présenter des symptômes. Ensuite, elle avait continué au CTE pour venir se terminer à domicile comme survivante.

24.5. Evaluation

Le mari de Namwasi Yamunganga Peabeli « NYP » l'avait quittée en lui laissant 6 enfants. Puis, elle-même, femme enceinte, fera la même maladie ayant emporté son mari. Elle était hospitalisée au CTE Bikoro à quatre-vingt kilomètres de son village natal en laissant seuls ses enfants. Ce qui prouve que le sujet se trouverait dans une situation de polytraumatisme psychique. Ce qui nous a amené à poser le diagnostic de traumatisme complexe, il s'est ajouté sur le diagnostic médical de la maladie à virus Ebola, ce qui nous a fait penser à une affection somatopsychique. Donc, les pathologies de deux sphères cohabitent en associant au deuil compliqué. Le saignement abondant (vaginal) de la patiente rime à un conflit intrapsychique.

Pour poser ce diagnostic nous avons recouru à l'observation et à l'entretien clinique menés directement avec la patiente elle-même et indirectement avec ses proches.

24.6. Conceptualisation du cas

Avec Namwasi Yamunganga Peabeli « NYP », dans nos interventions, nous avons d'abord choisi, avant le transfert vers le CTE, de soutenir la victime comme veuve parce qu'elle venait de perdre son mari à peine quelques jours, puis de la préparer pour un transfert sans peur bien que distant d'une quatre vingtaines de kilomètres, car elle est déjà un cas suspect. Ensuite, faire une médiation familiale pour trouver quelqu'un qui va garder ses six enfants à son absence. C'est ce qui était sa grande préoccupation et elle-même une femme enceinte.

Nous avons également choisi de soutenir la patiente pendant son hospitalisation, car les examens de laboratoire avaient révélé la présence du virus Ebola dans son sang, puis de réduire la distance affective entre la patiente et ses enfants à travers la technique d'usage des photos et vidéo, ensuite poursuivre le soutien psychologique des enfants orphelins de père qui sont restés seuls au village.

Enfin, organiser l'intervention de la réinsertion psychosociale avec la survivante et organiser une psycho palabre au profit de la famille de provenance de la survivante ainsi que celle de son défunt mari pour résoudre le problème du futur mari de la survivante.

Pour la patiente, sa situation est comprise comme une malédiction, elle se pose des questions : *«...j'ai perdu mon mari, moi-même j'étais atteint, j'ai perdu mon enfant (grossesse) pourquoi seulement ma famille* ? », *«...que le jeune frère de mon mari que je prenais pour mon fils ainé devient mon mari, quelle malchance... ?»*

Et en plus NYP pense aussi à une punition, car au début quand ils ont appris l'écho de la maladie, son mari lui avait dit ceci : « ***l'épidémie de la maladie à virus Ebola vient de toucher notre aire de santé, beaucoup de partenaires vont venir et il y aura beaucoup d'argent, c'est possible que le parcours de notre vie change parce qu'on paie mieux les professionnels de santé engagés dans la riposte***.», mais elle n'avait pas compris comment son mari, qui lui avait promis qu'ils auront beaucoup d'argent, s'était fait infecté par le virus et elle-même s'était également fait infectée par le même virus. Et elle était parmi les victimes qui avaient payé un lourd tribut dans cette épidémie parce qu'elle avait perdu son mari, sa grossesse et était restée avec six enfants, c'est ainsi que NYP ne maitrisait plus son corps, comme elle le dit : *« je sens comme si ce corps ne m'appartient plus...». « ...seigneur qu'est-ce que j'ai fait pour mériter cette souffrance qui ne se termine pas »*.

Penser à une malédiction, c'était tout à fait normal, car elle avait payé un lourd tribut comme évoqué ci-haut ; penser à une punition, c'était aussi normal pour la victime, car elle s'était rendue compte que leur première idée de gagner l'argent allait à l'encontre de leur attente. Le saignement abondant deux semaines après sa sortie du CTE était un refus à la demande de la famille de son défunt mari à épouser le jeune frère de son mari moins âgé qu'elle pour la prise en charge de ses six enfants.

24.7. Déroulement du traitement et évaluation des progrès

La prise en charge psychosociale de Namwasi Yamunganga Peabeli « NYP » avait été organisée à trois temps. Dans le premier temps, la victime était soutenue dans le travail de deuil commencé et non achevé, car elle avait perdu son mari et certains membres de la famille du mari, elle était également préparée pour son transfert au CTE se situant à une quatre vingtaine de kilomètres de son village où elle avait laissé ses enfants. Ensuite, une médiation familiale avait été organisée le jour de son départ pour trouver un membre de famille qui devait s'occuper des enfants à l'absence de la mère. Et dans ce premier temps, nous avions utilisé le soutien psychologique, le travail de deuil et aussi la médiation familiale.

Dans le deuxième temps, nous avions accompagné la patiente, cas confirmé dans le CTE durant toute sa période de l'isolement, un travail combiné avec celui du domicile où nous devrions continuer à soutenir les enfants et à même temps réduire la distance affective entre la mère et les enfants en utilisant la technique de l'usage des photos et en donnant la vitesse de la situation sanitaire et en même temps en donnant les informations des enfants à la patiente hospitalisée.

Dans le troisième temps, l'intervention était plus organisée à domicile après la sortie de la patiente qui était allée habiter chez les parents de son défunt mari qui avaient accepté de garder les enfants et, à ce niveau, le travail était plus focalisé à la réinsertion psychosociale, car le taux de la stigmatisation était tellement élevé et au travail de deuil, car après le décès de son mari, elle avait également connu un avortement dû à son état de santé. Un autre travail psychologique avait été fait auprès des familles du défunt mari et de la survivante. De toutes ces activités, nous avions recouru à la psychothérapie de soutien, à un travail de deuil et à une médiation familiale.

Dans nos relations de soins avec NYP, nous l'avions rencontrée successivement à domicile comme cas suspect, puis au CTE comme cas suspect en attente des résultats de laboratoire et aussi cas confirmé, encore à domicile, cette fois-ci, comme déchargée. Nous avions eu au total

41 séances dont 3 à domicile avant que le sujet se rende au CTE, 26 séances au CTE pendant deux semaines, et 12 autres pendant quatre semaines à domicile, après sa sortie du CTE. La durée des séances variait entre 10 à 30 minutes selon les lieux de prestation, voire 1 heure ou plus pour les médiations familiales.

24.8. Facteurs de complication

Plusieurs facteurs ont compliqué la relation de soins avec NYP notamment : la peur constante du CTE avant d'être transféré à Bikoro, le port d'EPI pendant les entretiens au CTE, les douleurs physiques de la patiente, la complication de la grossesse, le deuil qu'elle a vécu du décès de son mari.

24.9. Accès et obstacles aux soins

Les relations de soins avec NYP étaient rendues possibles grâce à certains facteurs de facilitation notamment : la présence du sujet au CTE et à domicile, c'est ce qui nous avait donné la possibilité de pouvoir le voir plusieurs fois par jour.

A côté de ces facteurs de facilitation, il y avait eu aussi des facteurs ayant créé d'entraves aux relations de soins avec NYP. C'est par exemple le fait que la prise en charge psychologique soit inhabituelle dans la contrée, certains us et coutumes liés à l'ethnie de la patiente, la non confidentialité de la patiente non isolée dans sa propre chambre, car tous les patients se trouvaient dans une grande salle où les soins se donnaient au su et au vu de tous les malades. Il y avait aussi le fait que la prise en charge psychosociale s'était arrêtée avec la déclaration officielle de la fin de l'épidémie avant que le sujet ne soit complètement rétabli psychologiquement.

24.10. Suivi

L'évolution de NYP avait connu les hauts et les bas pendant qu'elle était infectée. Elle était grosse et a connu l'avortement pendant son isolement au CTE et à sa sortie comme survivante. Quelques temps après, elle avait sérieusement saigné (vaginal) et cela avait donné l'impression de la réapparition du virus. C'est ce qui avait fait qu'elle soit réadmise au CTE alors qu'à l'origine le problème était psychologique. Mais à la fin, une année après, la survivante avait pu se remarier, à vaquer librement à ses occupations, à reprendre le sourire. Elle pouvait à peine discuter avec les autres, chose qui était difficile et elle s'était débarrassé de son humeur triste.

24.11. Conséquences de l'affaire sur le traitement

Le cas NYP nous a renseignés beaucoup de choses et la complexité de problèmes de santé qui l'envahissent : la perte de son mari qui lui laisse six enfants et une grossesse, elle-même tombe malade à virus Ebola, les douleurs physiques liées au virus, elle connut l'avortement pendant son isolement ; entre-temps, les enfants sont restés sans une personne ressource directe à une quatre vingtaine de kilomètres de son milieu de vie.

Tous ces facteurs prouvent à suffisance que la situation de santé de NYP était extrêmement complexe et poly traumatique. Mais c'est grâce à la synergie de différentes sous-commissions dans les relations de soins que nous avons réussi à sauver cette patiente, infirmière de surcroît. Toutes les stratégies psychologiques précitées ont prouvé leur efficacité.

4.12. Recommandations aux cliniciens et chercheurs psychologues

Au regard de la littérature psychopathologique qui met en relation : premièrement, la personne humaine avec ses ressources (psychologiques, biologiques et sociales) ; deuxièmement, l'environnement d'où proviennent le stress ; troisièmement, l'interaction entre la personne avec ses ressources ; et quatrièmement, la psychopathologie considérée ici comme adaptative, montre bien le processus par lequel NYP est passé pour son rétablissement. C'est qui

explique mieux l'approche psychopathologie écosystémique, NYP était vulnérable quant à ses ressources psychologiques et biologiques ; c'est l'intervention d'un travail multidisciplinaire qui a renforcé ses ressources pour aider le sujet à ne pas plonger dans la pathologie grave.

Analyse de cas : NAMWASI YAMUNGANGA PEABELI

De sexe féminin, Namwasi Yamunganga Peabeli « NYP », 36 ans, est diplômée d'état en science infirmière niveau A_2. Elle avait été reçue successivement en entretien duel, d'abord à domicile en tant qu'une veuve qui venait de perdre son mari et ensuite à domicile encore, cette fois-ci, comme un cas suspect dont on devait préparer le transfert au CTE à une quatre vingtaine de kilomètres.

Elle avait été suspectée comme souffrant de la maladie à virus Ebola pour avoir présenté les symptômes suivants : une forte fièvre, les maux de tête violents, la diarrhée, les vomissements.

Namwasi Yamunganga Peabeli « NYP » avait été successivement reçue à domicile comme famille éprouvée et comme cas suspect, puis au CTE comme malade confirmé à Ebola et encore à domicile comme survivante. De ces trois contextes de rencontres, seules dans les rencontres du CTE où nous étions habillés en EPI.

Des différents temps de rencontre, plusieurs symptômes psychologiques étaient à la base de nos interventions, notamment : le deuil non résolu de son mari, la détresse psychologique, l'angoisse de la mort, les pleurs sans cesse, le refus de se rendre au CTE dans un autre village (Bikoro). La patiente avait beaucoup saigné (vaginal) deux semaines après sa guérison.

Avec Namwasi Yamunganga Peabeli « NYP », dans nos interventions, nous psychologues, avons d'abord choisi, avant le transfert vers le CTE, de soutenir la victime comme veuve parce qu'elle venait de perdre son mari à peine quelques jours, puis de la préparer pour un transfert sans peur, bien que distant d'une quatre vingtaine de kilomètres, car elle est déjà un cas suspect. Ensuite, faire une médiation familiale pour trouver quelqu'un qui va garder ses six enfants à son absence. C'est ce qui était sa grande préoccupation et elle-même une femme enceinte.

En tant que psychologues, nous avons également choisi de soutenir la patiente pendant son hospitalisation, car les examens de laboratoire avaient révélé la présence du virus Ebola dans son sang, puis de réduire la distance affective entre la patiente et ses enfants à travers la technique d'usage des photos et vidéo, ensuite poursuivre le soutien psychologique des enfants orphelins de père qui sont restés seuls au village.

Enfin, organiser l'intervention de la réinsertion psychosociale avec la survivante et organiser une psycho palabre au profit de la famille de provenance de la survivante ainsi que celle de son défunt mari pour résoudre le problème du futur mari de la survivante.

Pour la patiente, sa situation est comprise comme une malédiction, elle se pose des questions : « ***pourquoi seulement ma famille*** ? » et en plus elle pense aussi à une punition, car au début quand ils ont appris l'écho de la maladie, son mari lui avait dit ceci : « ***l'épidémie de la maladie à virus Ebola vient de toucher notre aire de santé, beaucoup de partenaires vont venir et il y aura beaucoup d'argent, c'est possible que le parcours de notre vie change parce qu'on paie mieux les professionnels de santé engagés dans la riposte***.», mais elle n'avait pas compris comment son mari, qui lui avait promis qu'ils auront beaucoup d'argent, s'était fait infecté par le virus et elle-même s'était également fait infectée par le même virus. Et elle était parmi les victimes qui avaient payé un lourd tribut dans cette épidémie parce qu'elle avait perdu son mari, sa grossesse et était restée seule avec six enfants.

Penser à une malédiction, c'était tout à fait normal, car elle avait payé un lourd tribut comme évoqué ci-haut ; penser à une punition, c'était aussi normal pour la victime, car elle s'était rendue compte que leur première idée de gagner l'argent allait à l'encontre de leur attente. Le saignement abondant deux semaines après sa sortie du CTE était un refus à la demande de la famille de son défunt mari à épouser le jeune frère de son mari moins âgé qu'elle pour la prise en charge de ses six enfants.

Pendant que NYP était en train d'observer le deuil de son regretté mari, elle a été suspectée d'être porteuse du virus Ebola pour avoir présenté quelques signes semblables à cette maladie. C'est aussi pendant que NYP est resté le seul parent pour ses enfants, une semaine après avoir enterré son mari, qu'elle a été identifiée comme cas suspect, et fut transférée dans un CTE à une quatre vingtaine de kilomètre de sa localité.

Elle a cherché à qui confier la charge de ses six enfants, étant donné que tout le monde a peur d'être contaminé par ces enfants. En plus, de tous les faits précités, NYP est porteuse d'une grossesse considérable liée au vécu de la maladie et à son transfert vers le CTE.

Il s'établit sort que NYP a vécu l'expérience de la MVE comme un malheur, un mauvais sort jeté dans sa famille et un désespoir sans aucune issue possible. Terrifiée foncièrement, car elle estime que c'est la même maladie qui a emporté son mari, mais aussi le vécu de la maladie a induit une confusion totale du fait que les trois féticheurs sollicités pour les soins liés à la maladie de son mari ont parlé de la sorcellerie, alors que les professionnels de santé parlaient d'un virus connu.

De type de résonance intime introverti, il s'agit visiblement d'une femme timide et dotée d'une grande sensibilité. NYP prolonge longuement ses impressions, ses joies et ses chagrins en les remémorisant et les ressassant presque sans fin. Elle est assez travailleuse à la maison tout comme dans son lieu de service, mais prend difficilement des décisions surtout pour ses enfants. Le sujet ressent profondément ce qu'elle vit et ce qu'on lui dit, ses variations d'humeur sont assez lentes mais profondes.

NMP et son époux (tous deux infirmiers) se préparaient pour avoir assez d'argent avec l'apparition de l'épidémie d'Ebola qui sévissait pour la toute première fois dans leur contrée car, ils pensaient que grâce à cet argent, ils résoudraient beaucoup de leurs problèmes de vie.

Cette attente de bonheur était tournée en malheur, ouvrant ainsi, dans leur famille, la voie à la maladie, à la mort et à l'avortement. D'où, le sentiment de culpabilité de NYP. Ainsi, ce sentiment de culpabilité reste la composante essentielle de l'expérience du vécu subjectif de NYP par rapport à la MVE. Pour NYP, la MVE était perçue comme une sanction contre leur attente à vouloir gagner sur les morts des autres. C'est ainsi qu'elle la perçoit également comme une malédiction, un porte-malheur, un mauvais sort jeté dans sa famille.

Confrontée par la mort de son mari, la charge de ses enfants et le statut du suspect qu'on lui colle, NYP a, dans un premier temps nié l'existence de la maladie comme son feu mari (déni). Avant de se rendre au CTE, elle imaginait déjà tout ce qui pouvait aller mal pour elle comme ce qui est arrivé à son mari et pour ses enfants qui vont rester seuls. Elle s'est mise en état d'alarme et d'angoisse (anticipation anxieuse).

Au CTE, NYP est toujours triste et semble manquer d'énergie pour faire face à la maladie. Elle s'enferme alors dans un état apathique et manifeste une soumission passive inhabituelle face aux soignants (retrait apathique). Dès son retour à domicile, la belle-famille lui a proposé de prendre en mariage le jeune frère de son mari moins âgé qu'elle. Et cela intervient au moment où le sujet est devenu très perturbé par cette situation.

En réaction, NYP parlait seule en marchant, c'est-à-dire que le plus souvent elle monologuait chemin faisant, avec des grands gestes et était incapable de se contenir (activisme). Son cycle menstruel étant devenu perturbé, le sujet commençait à saigner au-delà même des jours normaux (mécanisme de somatisation). Les relations de soins avec NYP étaient caractérisées par des revendications de nature inhibitrice.

Cas 25. Munganga Mugonzwa Anakimbiya (MMA_2)

25.1. Introduction

Le pseudonyme « Munganga Mugonzwa Anakimbiya » « MMA », en sigle, est écrit en Swahili, l'une de quatre langues nationales de la République Démocratique du Congo et langue maternelle du sujet, littéralement il veut dire : « *l'infirmière malade a fui l'hôpital* ». Il reflète fidèlement le vécu subjectif de la patiente en présence. Il s'agit d'une infirmière malade confirmée au virus Ebola, qui s'est évadée, retrouvée et ramenée au CTE. Elle était finalement guérie et recrutée comme garde-malade.

Le cas MMA_1 est issu de la dixième épidémie de la maladie à virus Ebola sur quinze épidémies que la Rd Congo a déjà connues, épisode qui a sévi dans les Provinces de Nord-Kivu et d'Ituri, précisément à Béni et à Komanda.

25.2. Identité

De sexe féminin, Munganga Mugonzwa Anakimbiya (MMA_1), 43 ans, célibataire et mère d'un enfant, elle est infirmière de profession dans un centre hospitalier de la place (Beni). A son arrivée, la patiente présentait la fièvre, l'anorexie et l'asthénie physique.

25.3. Présentation des plaintes

Les rencontres avec Munganga Mugonzwa Anakimbiya (MMA_1) ont été organisées d'abord au CTE successivement dans la CUBE, ensuite dans la salle des convalescents, ensuite à domicile après sa sortie. Au CTE, toutes les rencontres se faisaient en combinaison.

Durant son hospitalisation, MMA_1 a présenté plusieurs affections iatrogènes notamment : des hallucinations, la logorrhée, l'hystérie de conversion et le coma.

25.4. Histoire

Infirmière de profession dans un centre hospitalier de la place, Munganga Mugonzwa Anakimbiya (MMA_1), en plein exercice de son métier, a reçu une gestante (G7) avec absence des mouvements fœtaux, douleurs abdominales, lombalgies.

Après l'examen gynécologique, les médecins avaient proposé de faire l'échographie et le résultat de cette dernière était négatif, c'est-à-dire mort in utéro. Le même jour, vers 21 heures, pendant la garde de nuit, il a été proposé à MMA_1 Anakimbiya et a certains de ses collègues d'accompagner la malade dans la salle d'opération suite à une forte douleur et agitation. L'intervention chirurgicale a eu bel et bien lieu. Malheureusement, 45 minutes après la sortie de la salle d'opération, la patiente est décédée. Quatorze jours après le décès de cette dame, MMA_1 commença à présenter les signes et elle a eu peur sachant que cette dame était morte d'Ebola.

La prise en charge psychosociale de MMA_1commence à l'entrée du CTE dans le triage où la patiente a été accueillie par le psychologue qui l'a apaisée et lui a montré le circuit et le mode de vie au CTE.

25.5. Evaluation

Compte tenu des plaintes présentées par MMA_1 sur une toile de fond de la présence du virus dans l'organisme, la présence des symptômes hallucinatoires, les délires et la logorrhée nous ont fait pensé à un trouble psychotique. D'où, le diagnostic d'une maladie somatopsychique

avec la maladie à virus Ebola dans sa sphère somatique et le trouble psychotique dans sa sphère psychique y compris la tendance hystérique.

C'est sur base de données issues des entretiens cliniques directs avec le sujet et indirects avec les membres de famille et le personnel soignant que nous sommes arrivés à établir ce diagnostic.

25.6. Conceptualisation du cas

Pour l'intervention psychosociale de MMA_1, nos stratégies ont été successivement orientées :

Premièrement, vers le rétablissement de la lucidité du sujet, la cohésion dans les différents actes de santé (médicaux, psychologiques et socio-culturels) qui convergent vers la patiente.

Deuxièmement, les stratégies ont été mises en place pour la retrouver après son évasion du CTE, la ramener au CTE afin qu'elle continue avec les soins appropriés.

Troisièmement, après l'avoir retrouvée, persuadé et ramenée au CTE, nous avons arrêté comme stratégie son maintien, car elle avait toujours tendance à s'évader.

En tant que professionnel de santé, MMA_1 avait connaissance de ses symptômes de la maladie à virus Ebola parce que quand la patiente qu'ils avaient reçue dans leur centre a été confirmé au virus Ebola, MMA_1 était dans le QUI VIVE et contrôlait régulièrement sa santé, prenait régulièrement sa température aussitôt qu'elle a senti la fièvre, et les heures qui suivaient, directement elle s'éloignait des autres et se rendait à l'hôpital général pour se faire examiner. La nature de sa fièvre a interpellé le médecin qui l'a reçue à l'hôpital général et directement elle a été transférée au CTE.

Nous pouvons comprendre deux vagues de situations qui ont plongé le sujet dans sa situation actuelle. Premièrement, MMA_1 est une femme divorcée et mère d'un enfant, ce dernier vit avec son père dans une ville de la province à environ deux cent kilomètres, elle vit seule et parle occasionnellement avec son enfant, car il y a 8 ans qu'ils ne se sont pas vus. La vie de célibat, à cet âge, pourrait justifier la tendance hystérique.

En second lieu, MMA se voit abandonner par sa hiérarchie et ses collègues de service là où elle a été infectée en plein service, la distance affective avec son enfant, l'isolement au CTE,… C'est cette révolte avec ses pairs qui l'ont amenée à présenter le trouble psychotique.

25.7. Déroulement du traitement et évaluation des progrès

Le traitement psychologique avec MMA_1 s'est organisé en cinq étapes, initialement le diagnostic psychologique de trouble psychotique a été posé avec tendance hystérique en intrication avec le virus Ebola, cette étape nous a permis d'identifier certains besoins de MMA_1, ses attentes à l'égard de la prise en charge psychosociale, ses forces et ses difficultés. A ce niveau MMA_1 a posé toutes les questions possibles au psychologue : sur ce qu'il fait exactement, sa façon de travailler et ses disponibilités à répondre à ses besoins.

Deuxièmement, nous avons procédé à une évaluation initiale rapide, mais compte tenu de la complexité de la lutte et de la nature de la prise en charge, il était difficile de procéder à une évaluation approfondie faute de temps et d'espace.

Dans sa troisième étape, celle du traitement proprement dit, les psychologues que nous sommes, avons décidé d'administrer à MMA_1 la psychothérapie de soutien pour l'accompagner dans son état maladif où elle devait faire face à cette nouvelle maladie grâve qu'elle-même n'a jamais connue en tant que professionnel de la santé. Lors de son évasion, nous avons recouru à la psychoéducation pour lui expliquer ses différents symptômes manifestes, entre autres, son évasion. Elle a été précédée par la médiation familiale au cours de laquelle le problème

de l'évasion de MMA_1 a été discuté dans ses conséquences, le danger encouru par les membres de sa famille, y compris son retour au CTE. Ces soins psychologiques ont été associés avec la pharmacothérapie où un médecin psychiatre lui a prescrit les psychotropes pour ses délires, ses hallucinations et logorrhées. A sa sortie, nous avons continué avec la psychoéducation, une façon de l'accompagner dans sa période de convalescence.

Les séances se sont bien clôturées. A cette étape, nous avons préparé le sujet à la période post intervention si jamais cela s'avérait nécessaire.

Après la clôture de la séance, nous avons procédé à un suivi. Quelque temps après, nous avons repris le contact, puis la réévaluation, c'est ce qui nous a amenés à retenir MMA_1 parmi les guéris qui devaient s'occuper des autres malades, c'est le travail que MMA_1 a poursuivi après sa guérison sur le plan somatique et sur le plan psychique.

Dans nos relations de soins avec MMA_1, nous l'avons rencontrée au CTE d'abord comme cas suspect, ensuite, le résultat de laboratoire, elle a été reçue comme cas confirmé, enfin à domicile cette fois-ci comme une survivante. Nous avons eu au total 57 séances avec MMA_1 dont 46 au CTE et 11 à domicile. Après sa sortie, la durée des séances variait de 10 à 30 minutes selon les lieux de prestation, voire 1à 2 heures pour la médiation familiale.

25.8. Facteurs de complication

Les facteurs qui ont compliqué les relations de soins avec MMA_1, ce sont ses symptômes psychotiques (délires, ses hallucinations, logorrhées), son état asthénique de la maladie, la mort des autres patients au CTE et également ses douleurs physiques.

25.9. Accès et obstacles aux soins

La prise en charge psychosociale avec MMA_1 est rendue possible grâce à sa présence au CTE malgré qu'elle s'est évadée pendant deux jours, c'est ce qui a donné lieu à la possibilité de la voir régulièrement. Son isolement dans la cube était bénéfique pour la confidentialité dans les relations de soins.

A côté de ces facteurs, nous pouvons quand même énumérer certains facteurs qui ont concouru négativement à la prise en charge. C'est le cas notamment de l'isolement constant de la patiente, l'évasion de la patiente qui s'est absentée pendant au moins deux jours au CTE, les incompréhensions avec ses collègues professionnels de la santé avec qui elle travaillait dans la même institution.

25.10. Suivi

MMA_1 a passé des moments difficiles avec sa maladie : elle était entrée dans un état comateux, elle était parmi les malades qui avaient passé plus de temps au CTE. Malgré tout, elle a été guérie et se portait mieux psychologiquement. Elle a respecté les traitements médicaux que psychologiques, elle a gardé l'espoir et l'envie de vivre, elle a bien collaboré avec quelques professionnels seulement, elle a sublimé ses souffrances de la maladie en garde-malade.

25.11. Conséquences de l'affaire sur le traitement

Le cas MMA_1 nous renseigne beaucoup de choses, à savoir : la capacité du sujet à lutter contre la maladie avec le concours du soutien psychologique en permanence et aussi la capacité de résilience à laquelle le sujet a fait face en présence de sa maladie. Notre adaptation en tant que thérapeute, l'adaptation aux enjeux de la vie et de la mort, car un moment la patiente était déclarée morte et cela avait créé des pleurs auprès des membres de sa famille et auprès de ses connaissances infirmiers qui travaillaient au CTE. Nous avons mené des entretiens avec MMA_1 dans son état presque mourant, bien qu'elle n'était pas consciente, on lui adressait des paroles et il réagissait. Aussi, nous avons développé la capacité d'écouter et de négocier certaines décisions avec elle, en vue de prendre également en compte son point de vue.

25.12. Recommandations aux cliniciens et aux étudiants

Au regard de la littérature, certaines disciplines humaines estiment qu'« échanger ou s'entretenir » avec un malade se trouvant dans un état comateux, c'est-à-dire dans l'état d'inconscience est chose difficile, mais la psychologie clinique dans sa dimension psychanalytique, étant une discipline qui explore les instances de la personnalité prouve par contre à suffisance que ces praticiens, avec des techniques appropriées, sont capable de le faire. C'est ce que nous avons réalisé avec MMA_1, alors qu'elle se trouvait dans un état dit d'inconscience, nous lui avons parlé et il réagissait à chacune de nos paroles.

Analyse de cas : MUNGANGA MUGONZWA ANAKIMBIYA (MMA)

De sexe féminin, **Munganga Mugonzwa Anakimbiya (MMA_2)** 36 ans, est diplômée d'état en sciences infirmières niveau A_2. Elle avait été reçue successivement en entretien duel, d'abord à domicile en tant qu'une veuve qui venait de perdre son mari et ensuite à domicile encore, cette fois-ci, comme un cas suspect pour lequel on devait préparer le transfert au CTE à une quatre vingtaines de kilomètres.

Elle avait été suspectée comme souffrant de la maladie à virus Ebola pour avoir présenté les symptômes suivants : une forte fièvre, les maux de tête violents, la diarrhée, les vomissements.

Munganga Mugonzwa Anakimbiya (MMA_2) avait été successivement reçue à domicile comme famille éprouvée et comme cas suspect, puis au CTE comme malade confirmé à Ebola et encore à domicile comme survivante. De ces trois contextes de rencontres, seules dans les rencontres du CTE ou nous étions habillés en EPI.

Pendant les différents temps des rencontres, plusieurs symptômes psychologiques étaient à la base de nos interventions, notamment : le deuil non résolu de son mari, la détresse psychologique, l'angoisse de la mort, les pleurs sans cesse, le refus de se rendre au CTE dans un autre village (Bikoro). La patiente avait beaucoup saignée (vaginal) deux semaines après sa guérison.

MMA_2 est infirmière dans un centre de santé de la place, et c'est pendant l'exercice de ses fonctions qu'elle apprendra que la patiente qu'ils avaient reçue en consultation pour curetage venait de décéder au CTE suite à l'infection du virus Ebola. **MMA_2** a revu tous ses actes des soins qu'elle a posés sur la patiente et a dit : « *c'est fini, je suis infectée et je vais mourir* ».

MMA_2 a vécu l'expérience de la MVE avec un taux d'angoisse de mort très élevé, car elle était déjà au courant du décès des autres médecins et infirmiers qui sont morts pour la même cause. **MMA_2** ne voyait pas une autre issue de sortie par rapport à sa maladie si ce n'est pas la mort. L'absence de visite de ses collègues de service et ainsi que des responsables du centre où elle travaillait l'ont enfoncée davantage dans son vécu subjectif, elle parlait d'ingratitude de ses collaborateurs.

De type de résonance intime extraverti, il s'agit d'une femme à la fois très impulsive, mais aussi très ouverte avec des contacts faciles. Le sujet n'hésite pas de poser les problèmes qui le préoccupent, mais elle manque de persévérance étant donné qu'elle veut, coûte que coûte, être guérie et rentrer à la maison. Elle se montre inconstante et instable, et ces indicateurs comportementaux l'ont conduite à s'évader du CTE.

MMA_2 amplifie de fois son état maladif pour attirer l'attention de personnel jusqu'à entrer dans le coma (tendance hystérique). Pendant cet état comateux, elle a entendu un groupe de personnel parler d'hallucination, de délire et de folie pour son cas, cela l'avait mise en colère contre ce groupe de personnel jusqu'à refuser d'être soignée par l'un de ces professionnels.

Le passage dans le coma, puis la sortie dans cet état sans aucune une intervention médicale importante, son évasion, sa retrouvaille dans une cachette et son replacement au CTE ainsi que l'acharnement contre ses collègues de service restait les composantes essentielles de l'expérience de vécu subjectif de **MMA2** par rapport à la MVE. Cette dernière est perçue par **MMA2** comme un piège tendu par ses collègues et sa hiérarchie contre elle pour mettre fin à sa vie et se débarrasser d'elle dans leur centre.

Dans un premier temps de la maladie, qui est un moment caractérisé par la manifestation des symptômes, **MMA2** prenait les médicaments en toute discrétion, faisant semblant que c'est une autre maladie et pas Ebola (déni).

Confrontée à l'exacerbation des symptômes débordant ses capacités adaptatives et de liaison représentative, se trouvant ainsi aux prises avec des excitations qui menacent son intégrité psychosomatique, **MMA2**, à travers son moi presque atrophié, ne va plus tolérer cette réalité lui rappelant sa mort et qui va la soustraire de sa conscience (refoulement). Mais qui ne veut surtout pas dire soustraire de sa subjectivité.

Pendant un semblant sommeil profond, **MMA2** entendait une équipe des professionnels commis aux soins des malades parler des hallucinations, des délires, de la folie pour son cas. A cet effet, elle est devenue très perturbée à la suite de ces propos. En réaction, elle était fâchée et commençait à se parler seule dans son cube contre ces professionnels. Le sujet faisait aussi des grands gestes comme si elle s'adressait à quelqu'un d'autre, ce qu'il a amené même à s'évader (elle faisait l'activisme).

A un moment de son hospitalisation, devant certaines angoisses et difficultés induites par le vécu de la maladie, **MMA2** ne voulait plus en parler. Avec les membres de famille qui venaient en visite, elle prenait soin de ne parler que de son enfant unique qui reste dans une autre ville avec son père, qu'elle n'a plus revu depuis plus de quatre ans. Avec ses amies et connaissances, elle parle plus de l'ingratitude et de manque de considération de ses collègues et autorités de service. Mais avec certains professionnels de santé, elle préfère rentrer dans son mutisme (mutisme sélectif) en faisant semblant de tomber dans une sorte de sommeil profond (retrait apathique).

Dans la prise en charge psychosociale, **MMA2** a été amenée à verbaliser ses problèmes et à exprimer ses opinions. Cela l'a amené de passer de la victime de la maladie vers un état plus constructif qui lui a rappelé ses compétences sociales à aider les autres. Cela l'a conduit à devenir garde-malade des patients souffrant de la même maladie qu'elle avait soufferte (= altruisme).

Cas 26. NDI MUBENGA BUMUNGANGA

26.1. Introduction

Le pseudonyme « Ndi Mubenga Bumunganga» « **NMB** » en sigle, est écrit en Tshiluba, l'une des quatre langues nationales de la République Démocratique du Congo et langue maternelle du sujet, il traduit fidèlement le vécu subjectif du sujet en présence. Il s'agit d'un Infirmier Titulaire au Centre de Santé Kaluamba qui avait reçu tous les malades cas positifs au virus Ebola, sans protection avant que l'épidémie ne soit officiellement déclarée.

C'est à travers ses consultations qu'il s'est fait infecté, heureusement pour lui qu'il a survécu, après sa guérison, il a refusé de ne plus faire le travail de l'infirmier, car le risque d'exposition est très élevé, mais le salaire maigre.

Le cas **NMB** est issu de la Cinquième épidémie de la maladie à virus Ebola sur les quinze épidémies que la République Démocratique du Congo a déjà connues dans son actif, épisode qui a sévi à Kaluamba dans la Province du Kasaï Occidental en 2008.

26.2. Identité

De sexe Masculin, âgé de 35 ans et marié. Infirmier du niveau A3, **NMB** joue un rôle très important et de premier niveau au centre de santé de Kaluamba. Il est originaire du village de même nom. Il est identifié comme cas suspect pour avoir présenté la fièvre, les maux de tête, la diarrhée sanglante et les vomissements. Le risque d'être contaminé était très grand chez **NMB**, car c'est lui l'infirmier soignant de tous les cas confirmés sans équipements de protection. Il a été conduit à l'isolement et les examens de laboratoire ont confirmé la présence du virus Ebola mais il a été guéri.

D'une maigreur provoquée par le poids de l'événement traumatique, **NMB** apparait toujours faible et triste pendant les entretiens et, quand il parle de son vécu de la maladie, ses yeux rougis et se couvrent de larmes. Il exprime réellement ses émotions et ses souffrances avec des nuances des volumes sonores et des variations des rythmes et inflexions de la voix. Dès fois, les fluctuations des rythmes respiratoires se font sentir. Son regard est toujours vide, dirigé vers le bas à gauche.

26.3. Présentation des plaintes

Les entretiens avec **NMB** étaient évocateurs de réels traumatismes vécus lors de cette l'épidémie de maladie à virus Ebola. Au total, cinq entretiens a visée diagnostique (du 17 au 21 janvier 2009) ont suffi pour avoir le tableau clinique de **NMB**. Tous ces entretiens directs se déroulaient à domicile et en lingala avec le psychologue sans intervention de l'interprète.

L'autre motif pour lequel nous avons reçu **NMB** en consultation, ce sont les menaces que ce dernier proliférait pour quitter le centre de santé et abandonner la fonction infirmière car il est le seul de cette formation dans ce village. Et aussi, un autre problème qui le met en conflit avec sa femme et son Dieu, c'est le préservatif remis à la victime. Ceci a été mal perçu par l'intéressé et sa femme qui ont considéré cet acte comme une incitation à la débauche et à l'infidélité.

26.4. Histoire

NMB est l'infirmier titulaire du centre de santé Kaluamba, l'épicentre de la quatrième épidémie de la maladie à virus Ebola en RD Congo (2008).

NMB, comme infirmier titulaire, a consulté tous les cas à mains nues sans protection avant que la maladie soit reconnue officiellement. Donc, le risque d'exposition était trop grand pour **NMB**. C'est comme ça qu'il a été infecté par le virus Ebola.

La peur de **NMB** était grande avant même que les symptômes commencent à se manifester car dès qu'il a appris que le virus Ebola a été confirmé officiellement après les examens de laboratoire, il a eu extrêmement peur compte tenu des actes posés sur les malades pour lesquels le virus a été confirmé. Et aussitôt qu'il a commencé à présenter les signes, il a été mis à l'isolement (actuel CTE). Car, la gestion de l'épidémie de la maladie à virus Ebola Mweka 2008 a été réalisée sans laboratoire mobile, pour avoir les résultats des examens il fallait attendre deux semaines après. Donc c'est pour dire, la prise en charge psychosocial : chez **NMB** a commencé par la préparation à l'annonce de résultat, afin d'apaiser son attente anxieuse.

26.5. Evaluation

NMB était témoin de décès de plusieurs malades qu'il soignait lui-même dans le centre de santé, puis dans l'isolement. Et lui-même était aussi conduit à l'isolement.

Au regard du bilan des symptômes présentés par **NMB**, nous notons les symptômes liés à l'exposition (assister à la mort de plusieurs patients d'abord en tant que leur Infirmier soignant et après comme malade-voisin), les symptômes de reviviscence (le fait de revivre les décès des patients qui sont morts entre ses mains, les malades voisins qui sont morts a ses côtés)

les symptômes d'évitement (éviter de reprendre son travail car le danger est toujours là) et ceux liés au neurovégétatif et à l'inhibition, ce qui nous amène à poser le diagnostic de Trouble de stress psychotraumatique. Et, les autres symptômes comme une perte de goût de vivre, une tristesse grave avec des pleurs fréquents et une perte de poids importante, nous amène aussi à poser le diagnostic de Trouble Dépressif.

26.6. Conceptualisation du cas

Nous avons choisi d'abord de soutenir **NMB** par une psychothérapie de soutien en lui offrant un support, en renforçant ses ressources afin qu'il fasse face aux traumatismes que lui renvoie l'épidémie du virus Ebola. Puis, nous avons recouru à la psychoéducation d'abord en normalisant ses réactions suite à l'épidémie, puis en lui offrant de l'information afin d'amener **NMB** à prendre connaissance de tout ce qui se passe dans son corps et son esprit. Et, nous avons eu à organiser des rencontres d'information avec les membres de famille.

Pour **NMB,** c'est la toute première fois de vivre ces symptômes, il pensait que c'était fini et qu'on ne pouvait plus le compter parmi les vivants, il l'a exprimé en termes :

«...quand j'ai appris la maladie qui tuait les gens dans la communauté, j'ai été choqué et j'ai eu très mal en condamnant d'avoir utilisé une seringue pour plusieurs malades».

« Je vais mourir et laisser mes enfants, pour quel travail ?...je gagne combien ?...un travail à risque qui vous expose, sans matériel, sans prime, avec un salaire modique».

De ce cas, nous avons compris que bien qu'il est personnel de santé, mais les notions de stress et de traumatisme étaient vraiment absentes dans ses connaissances médicales.

Etant aux chevets de tous les malades qui ont succombé du virus Ebola, le stress et le trauma étaient très sévères chez l'infirmier, jusqu'à renoncer à sa profession.

26.7. Déroulement du traitement et évaluation des progrès

La première de choses, nous avions procédé rapidement à une évaluation initiale, l'urgence oblige. Une étape très importante d'accueil et de premiers entretiens qui nous a permis, d'identifier, entre autres, les besoins de la victime, ses attentes à l'égard de notre intervention, ses forces et ses difficultés, la nature et l'origine de ses problèmes.

Et, cette rencontre d'évaluation initiale a également permis à l'infirmier de connaître notre approche d'intervention.

Au terme de la rencontre d'évaluation initiale, il nous a été difficile de faire une évaluation approfondie, la situation de crise oblige, c'est ainsi que nous avons procédé directement au traitement.

Le traitement avec la victime était une intervention ponctuelle, nous avons commencé par une psychothérapie de soutien, puis un conseil psychologique, en suite une psychoéducation. Elle prévoyait des rencontres sous forme d'entretien entre la victime et le psychologue. Ces séances, d'une durée de 15 à 20 minutes, voire plus de temps selon les phases de l'épidémie, se tenaient à une fréquence déterminée par le psychologue, la victime, le temps et l'espace toujours selon les phases de l'épidémie. Dans la majorité des cas, elles étaient hebdomadaires, généralement une, deux ou trois fois selon les phases de l'épidémie.

Après l'intervention est venue la phase de clôture. Ici, nous préparions la victime à la période post- intervention, si jamais cela s'avérait possible (maintien, prévention de rechute, etc.).

Après la clôture des séances d'intervention, nous procédions quelques temps à la reprise de contact puis à la réévaluation.

Le sujet avait moins bien évolué car il avait repris son travail auquel il avait renoncé parce que celui-ci a failli lui perdre sa vie, mais sa peur a persisté parce qu'il va continuer à

travailler dans les mêmes conditions de manque des matériels nécessaires, donc le danger était toujours permanent.

26.8. Facteurs de complication

Plusieurs facteurs ont fait obstacle pendant nos interventions auprès de **NMB**, notamment du fait que d'abord le cahier de charge de la sous-commission de la prise en charge psychosociale limitait les activités du psychologue aux familles éprouvées, il a fallu attendre **NMB** à la maison pour faire son suivi et son accompagnement psychologique. Ensuite, le degré important du stress, du traumatisme ainsi que le vécu du deuil non résolu n'ont pas permis d'échanges faciles avec la victime pendant nos entretiens. Le manque de la volonté et le fait de ne rien faire chez **NMB** avaient constitué un obstacle à l'évolution.

26.9. Accès et obstacles aux soins

NMB était dans le besoin d'être visité, car stigmatisé, rejeté par la communauté, c'est tout le monde qui avait peur de contracter le virus Ebola, toutes ces conditions ont facilité la prise en charge de la victime. La présence de la victime à domicile aussi a facilité l'accès aux soins psychologiques, cette disponibilité a fait que les entretiens puissent prendre un peu de temps, 30 à 45 minutes.

A côté de ces facteurs favorisant l'accès aux soins, il y a également les facteurs défavorisants, c'est d'abord le fait que la prise en charge psychologique soit du nouveau pour ces victimes, et aussi du fait que les victimes doivent répondre à certaines questions qui relèvent de leurs intimités, de leurs secrets familiaux voire culturels. Un autre obstacle avec la victime, c'est sa religion. Elle est témoin de Jéhovah et la présence des préservatifs dans son Kit de décharge était très mal perçue par lui et sa femme. Le plus grand obstacle aussi, c'est le fait que les soins psychologiques se soient arrêtés rapidement avec la déclaration officielle de la fin de l'épidémie.

26.10. Suivi

La guérison de **NMB** est un miracle pour lui et pour les autres personnels soignants, car c'est pendant que le virus était encore virulent à son début que l'infirmier manipulait à mains nues les malades sans protection, mais que la communauté a failli le condamner à mort avec la stigmatisation, le rejet social et les accusations d'incompétence dont il faisait l'objet quand il y avait beaucoup des décès, avant que le virus Ebola soit déclaré. Son évolution a été lente, mais soutenue par l'assistance psychologique et aussi le soutien de sa femme.

26.11. Conséquences de l'affaire sur le traitement

Ce cas nous montre la face miraculeuse du virus Ebola, dans ce sens qu'au moment où d'autres personnes qui étaient en contact avec certaines personnes ayant touché les contacts du cas index ont développé la maladie et sont morts, lui qui a soigné ce cas index à mains nues, n'est pas mort bien qu'il a développé la maladie. Ce qu'il faut retenir de ce cas est que la personne peut guérir du virus mais mourir de la stigmatisation, du rejet social et surtout de la culpabilité, dans ce cas le psychologue doit avoir une vision large de la situation de la victime afin de l'amener à faire face à toutes ces situations**.**

26.12. Recommandations aux cliniciens et chercheurs psychologues

Le cas **NMB** a présenté le stress psychotraumatique suite à l'épidémie de la maladie à virus Ebola qui est un événement potentiellement traumatique. Ce diagnostic est une conséquence logique. Mais, en plus de cette pathologie, le sujet a présenté également la dépression, cette dernière est une pathologie co-morbide. La prise en charge doit tenir compte de chacune de ces pathologies.

Analyse de cas : NDI MUBENGA BUMUNGANGA

De sexe Masculin, âgé de 35 ans et marié. Infirmier du niveau A3, **NMB** joue un rôle très important et de premier niveau au centre de santé de Kaluamba. Il est originaire du village de même nom. Il est identifié comme cas suspect pour avoir présenté la fièvre, les maux de tête, la diarrhée sanglante et les vomissements. Le risque d'être contaminé était très grand chez **NMB**, car c'est lui l'infirmier soignant de tous les cas confirmés sans équipements de protection. Il a été conduit à l'isolement et les examens de laboratoire ont confirmé la présence du virus Ebola mais il en a été guéri.

D'une maigreur provoquée par le poids de l'événement traumatique, **NMB** apparait toujours faible et triste pendant les entretiens et, quand il parle de son vécu de la maladie, ses yeux rougis se couvrent de larmes. Il exprime réellement ses émotions et ses souffrances avec des nuances des volumes sonores et des variations des rythmes et inflexions de la voix. Dès fois, les fluctuations des rythmes respiratoires se font sentir. Son regard est toujours vide, dirigé vers le bas à gauche.

Les entretiens avec **NMB** étaient évocateurs de réels traumatismes vécus lors de cette l'épidémie de maladie à virus Ebola. Au total, cinq entretiens a visée diagnostique (du 17 au 21 janvier 2009) ont suffi pour avoir le tableau clinique de **NMB**. Tous ces entretiens directs se déroulaient à domicile et en lingala avec le psychologue sans intervention de l'interprète.

Autre motif pour lequel nous avons reçu **NMB** en consultation, ce sont les menaces que ce dernier proliférait pour quitter le centre de santé et abandonner la fonction infirmière, car il était le seul de cette formation dans ce village. Et aussi, un autre problème qui le met en conflit avec sa femme et avec son Dieu, c'est le préservatif remis à la victime. Ceci a été mal perçu par l'intéressé et sa femme qui ont considéré cet acte comme une incitation à la débauche et à l'infidélité.

Il a été enregistré plusieurs décès des patients qui étaient à sa charge pour les soins dans son centre en tant qu'infirmier traitant. Ces décès avaient occasionné plusieurs manifestations funéraires dans presque tous les coins du village, et les bruits sur le retour probable de l'épidémie de la MVE circulaient de bouche à l'oreille au sein de la population. C'est pendant ce moment bien précis que NMB s'est rendu compte du degré très élevé de son exposition à la MVE.

C'est avec la déclaration officielle du Ministère de la Santé confirmant le retour de l'épidémie de la MVE dans la zone de santé Mweka, et précisément dans le village de NMB, que ce dernier a commencé à présenter les signes avant la confirmation des examens de laboratoire.

NMB a expérimenté le vécu subjectif de la MVE dans un contexte des conditions de travail très difficile, car il utilisait une seringue pour tous les patients qui sont passés dans son centre après l'avoir bouilli. Dans la pratique, tous les actes posés par le sujet sur les malades se faisaient à main nue, sans gant de protection.

Il s'agit d'un homme prudent et consciencieux qui, dans ses activités professionnelles, fait preuve du réalisme, et ce, suite à ses normes morales très élevées. Il est ponctuel dans les rendez-vous, grave et sérieux dans ce qu'il dit et fait, mais il est scrupuleux à l'excès et a le sentiment d'être possédé par ses mauvais esprits.

Sa guérison miraculeuse, malgré le contact avec le cas index au moment où le virus avait encore son caractère virulent, d'une part, et malgré le nombre important des patients confirmés soignés sans équipements de protection, d'autre part, reste la composante essentielle de l'expérience du vécu subjectif de NMB par rapport à la MVE.

Pour NMB, la MVE est perçue comme une tentative de des mauvais esprits contre sa personne et son métier, d'où ses menaces d'abandonner son métier.

NMB avait commencé à manifester les signes de la maladie du fait seulement d'apprendre qu'Ebola a refait surface dans sa zone de santé (anticipation anxieuse). A l'annonce de son résultat positif, il déprime et a tendance à se déprécier, à se voir incompétent et stupide par rapport au degré de risque encouru, le travail pour lequel il se valorisait est devenu non intéressant (dépréciation).

Avec son isolement, NMB est devenu triste et semblait manquer d'énergie, il s'était alors enfermé dans un état apathique, de distanciation protectrice faite d'indifférence affective et manifestait ainsi une soumission passive inhabituelle face à ses collègues soignants (retrait apathique). Emporté par l'angoisse de mort, NMB a éprouvé le besoin de s'épancher et de rencontrer quelqu'un avec qui il pouvait verbaliser ses affects douloureux et qui pouvait le soutenir, et c'est un psychologue qu'il s'est confié (mécanisme d'affiliation).

En se dépréciant, le métier d'infirmier qu'il se proposait d'en faire son carrière depuis longtemps, a failli être arrêté à cause du degré d'exposition très élevé, pouvant le conduire un jour à la mort. Grâce à son sens de réalisme et à son état de conscience aiguisé, avec le concours de la prise en charge psychosociale, NMB a pu reprendre et continuer ses activités infirmières.

Cas 27. MUNGANGA ABATELI LIBOTA

27.1. Introduction

Le pseudonyme « Munganga Abateli Libota » « MAL » en sigle, est écrit en Lingala, l'une de quatre langues nationales de la République Démocratique du Congo et langue maternelle du sujet, littéralement il veut dire : « l'infirmier a protégé sa famille contre le virus Ebola ». Ce pseudonyme reflète l'expérience professionnelle de la victime en présence. Connaissant les caractères contagieux et meurtrier du virus Ebola ainsi que le degré de son exposition, MAL a décidé de s'éloigner de membres de sa famille pour les protéger si jamais il serait atteint.

Le cas MAL est issu de la huitième épidémie de la maladie à virus Ebola, sur les quinze épidémies qu'a connues la Rd Congo, épisode qui a sévi au Bas Uélé, précisément dans la zone de santé de Likati.

27.2. Identité

De sexe masculin, marié et père de 4 enfants, Munganga Abateli Libota, 29 ans, est infirmier de formation. Nous l'avons rencontré dans une maison loin de sa maison habituelle ou il est allé se confiner dans le village Bovabima, l'aire de santé de Muma, Zone de Santé de Likati de la huitième épidémie de la maladie à virus Ebola qui a sévit dans la Province de Bas-Uélé en République Démocratique du Congo. Physiquement, il tremblotait avec une instabilité émotionnelle, il parlait d'une voix navrante avec un visage figé de peur. Et psychologiquement, c'était la crainte pour sa santé et l'avenir de sa femme et ses enfants.

27.3. Présentation des plaintes

Munganga Abateli Libota a été reçu à plusieurs reprises d'abord dans la maison où il est allé se confiner puis dans sa propre maison après que les examens de laboratoire (2) l'aient révélé négatif au virus Ebola. Tous les entretiens se sont déroulés sans EPI mais dans une position de quarante-cinq degré (45°).

La peur intense d'être déjà contaminé du virus Ebola, les inquiétudes sur sa santé et l'avenir de ses enfants, les ennuis, le manque d'appétit, anxiété sont autant des symptômes qui ont nécessité la présence du psychologue au côté de l'infirmier victime d'Ebola.

27.4. Histoire

Munganga Abateli Libota est infirmier dans son Centre de Santé privé dans le village Bovabima, ne sachant pas que l'épidémie de la MVE était déjà active dans le village, il recevait les malades sans équipement de protection individuel (EPI). Informé de la présence de l'épidémie de la MVE dans son village et du passage d'un cas positif par son centre, MAL s'est fortement culpabilisé, il a eu extrêmement peur et a cru que c'était fini pour lui et qu'il était atteint d'une maladie mortelle.

Il n'était pas encore confirmé au virus Ebola par le truchement d'examen de laboratoire. Mais, fantasmatiquement, il était déjà infecté par ce virus. Ce qui avait exacerbé les symptômes de l'infirmier, c'est le décès d'un des malades qu'il avait consulté sans équipement de protection individuel et qui est mort par la suite du virus Ebola.

La prise en charge psychosociale de la victime a commencé avec une séance de soutien psychologique, suivi d'une séance de psychoéducation, ensuite d'une préparation psychologique au prélèvement en vue de faire un examen de laboratoire.

27.5. Evaluation

N'étant pas au courant de la présence de l'épidémie de la maladie à virus Ebola dans sa région, MAL s'est exposé au plus haut risque. La prise de connaissance de la présence de l'épidémie dans sa contrée ainsi que la prise de conscience de la contagiosité et de la dangerosité de ce virus ont entrainé une forte culpabilité chez MAL. Et suite au décès d'un patient qui est passé entre ses mains et qui présageait déjà son sort, MAL a fortement abréagi jusqu'à présenter une humeur déprimée, à manquer du sommeil et de l'appétit et à avoir des idées noires, d'être irritable à subir, une baisse de motivation de temps en temps, ce qui a poussé le psychologue de poser le diagnostic de la déprime.

27.6. Conceptualisation du cas

Compte tenu de la baisse de motivation qui caractérisait le vécu traumatique de MAL ainsi que de la nature de son humeur déprimée (la déprime), le psychologue avait arrêté comme stratégies d'interventions : d'abord de soutenir MAL dans son vécu psycho-traumatique, puis le rassurer qu'il n'était pas jusque-là atteint du virus Ebola, car seul le laboratoire peut confirmer ou infirmer la présence du virus dans l'organisme d'un être humain, ensuite chercher à réguler le problème de sommeil qui a de l'impact sur la perte de l'énergie, sur les idées noires, enfin chercher à résoudre le problème de l'alimentation c'est-à-dire amener le sujet à manger et à retrouver son appétit durant cette période de crise.

MAL, bien que professionnel de santé, n'avait pas connaissance de l'existence des soins psychologiques. C'était sa première fois d'être prise en charge par un psychologue. A la base de ses problèmes psychologiques, sa connaissance de la MVE, son degré d'exposition et la prise de conscience des caractères contagieux et mortel du virus. Il les a exprimé en ces termes : «*Quand j'ai appris que l'épidémie de la MVE est entré dans ma zone de santé, j'ai eu extrêmement peur et quand j'ai appris encore le décès de l'un des malades que j'avais soigné dans mon centre de santé, je me suis dit, c'est fini pour moi, je suis atteint et je vais mourir, c'est ainsi que je suis allé m'enfermé dans une autre maison pour protéger ma famille et, de là, c'était un calvaire pour moi, je mangeais difficilement, les sommeils perturbés et je n'avais envie de rien...* ».

Nous pensons pour MAL que en tant que soignant, il était négligeant à soigner les patients sans certains équipements de protection comme les gants hygiéniques et sans se laver les mains régulièrement pendant l'administration des soins. C'est ainsi qu'il s'est culpabilisé des actes hautement à risque de contamination.

27.7. Déroulement du traitement et évaluation des progrès

Le traitement de MAL a été organisé à trois niveaux d'intervention :

Premièrement, nous avons procédé à offrir un soutien psychologique contre son état émotionnel et de déprime, aussi contre ses liens avec sa négligence et la position de ses actes imprudents vis avis de ses patients.

Ensuite, nous avons organisé des séances d'informations psychoéducatives, normalisant et expliquant ses symptômes manifestes afin de l'amener à se débarrasser de ses symptômes.

Enfin, nous nous sommes impliqués pour ses examens de laboratoire, d'une part, et nous nous sommes également impliqués dans le processus de restauration de ses activités de soins dans son centre de santé, d'autre part. Car, MAL avait développé une phobie contre soigner les patients de peur d'être réellement contaminé.

Dans nos relations de soins avec MAL, nous nous sommes rencontrés successivement dans la maison où il s'est réfugié, puis dans son domicile habituel, ensuite dans son centre de santé. Nous avons eu au total 14 séances. Le tout, pendant 6 semaines et la durée des séances variait entre 15 et 30 minutes, selon qu'il s'agissait des séances du soutien, de psychoéducation ou de séance d'accompagnement dans la restauration des activités de routine.

27.8. Facteurs de complication

Les pensées négatives envahissantes chez l'infirmier d'avoir été déjà contaminé par le virus Ebola, ainsi que le taux élevé d'anxiété qu'elles ont engendrés, étaient des principaux facteurs qui ont compliqués la relation de soin du psychologue et sa victime.

27.9. Accès et obstacles aux soins

Néanmoins, sa présence permanente ans les trois lieux de rencontre (lieu de refuge, son domicile et dans son centre de santé) onstitue le principal facteur de facilitation de la prise en charge, c'est ce qui a permis aux psychologues et assistants psychosociaux d'organiser les séances d'entretien clinique à chaque fois que le besoin se présente.

Par ailleurs, certains facteurs ont entravé les relations de soins entre MAL et ses intervenants psychosociaux, notamment : le fait d'être consulté par un psychologue qui ne soit pas culturellement habituel, le conflit entre les ethnies de la région (Golos d'Aketi et les Ngwandi de Yakoma), le fait d'appartenir à l'éthnie Zande reconnu par leur caractère très réservé.

27.10. Suivi

La formation médicale de MAL l'a beaucoup aidé à bien évoluer sur le plan psychologique, le sujet avait finalement compris l'importance des soins psychologiques. Le résultat de laboratoire de MAL s'est révélé négatif au virus Ebola, c'est qui a accéléré le rétablissement du sujet jusqu'à se débarrasser de ses symptômes. Car, en règle générale, les professionnels de formation médicale sont dits placebo réacteurs ou placebo sensibles au traitement moderne.

Les stratégies d'éloignement et d'isolement adoptées par MAL pour ne pas contaminer les autres, si une fois il était positif, étaient de très bonnes stratégies.

27.11. Conséquences de l'affaire sur le traitement

Ce cas nous montre qu'on peut développer un stress et/ ou un trauma rien que par le fait d'entendre comme MAL, il n'a vu aucun mort d'Ebola mais il a seulement appris la présence de l'épidémie de la MVE dans son village et, aussi, il apprit que tel malade qui est passé entre ses mains est décédé d'Ebola, alors MAL a présenté les symptômes semblables au virus Ebola.

Ce cas nous renseigne également comment la profession d'une victime peut jouer favorablement à l'effet placebo, compte tenu de sa profession. Il était réceptif au traitement qu'on lui proposait.

Ce cas nous renseigne aussi sur la capacité du psychologue à s'adapter aux différentes conditions (personnelles, culturelles) et aux circonstances de sa profession. Et, surtout, à faire preuve d'un esprit de créativité afin d'étendre son champ d'action au point d'aider les sujets à problèmes à se déculpabiliser et à se débarrasser de leurs symptômes.

27.12. Recommandations aux cliniciens et chercheurs psychologues

Au regard de la littérature, le personnel soignant fait l'objet d'un degré d'exposition de contamination à haut risque lors des épidémies des maladies infectieuses et présente souvent l'épuisement professionnel suite à un volume de travail lourd, mais la peur d'avoir été déjà contaminé, sans le résultat d'examen de laboratoire, plonge le personnel soignant dans les symptômes psychosomatique et psychotraumatique. Ces derniers donnent l'ouverture aux études éventuelles.

A long terme, ce constat devrait amener les psychologues cliniciens à améliorer considérablement leur compréhension des facteurs de risque, non seulement pour la contamination mais aussi pour la santé mentale des professionnels de santé impliqués dans la riposte Ebola, en vue d'adapter leurs interventions aux problèmes réels du personnel soignant.

Analyse de cas : MUNGANGA ABATELI LIBOTA

De sexe masculin, marié et père de 4 enfants, Munganga Abateli Libota, 29 ans, est infirmier de formation. Nous l'avons rencontré dans une maison loin de sa maison habituelle où il est allé se confiner dans le village Bovabima, l'aire de santé de Muma, Zone de Santé de Likati de la huitième épidémie de la maladie à virus Ebola qui a sévi dans la Province de Bas-Uélé en République Démocratique du Congo. Physiquement, il tremblotait avec une instabilité émotionnelle, il parlait d'une voix navrante avec un visage figé de peur. Et psychologiquement, c'était la crainte pour sa santé et l'avenir de sa femme et ses enfants.

Munganga Abateli Libota a été reçu à plusieurs reprises d'abord dans la maison où il est allé se confiner puis dans sa propre maison après que les examens de laboratoire (2) l'aient révélé négatif au virus Ebola. Tous les entretiens se sont déroulés sans EPI mais dans une position de quarante-cinq degré (45°).

La peur intense d'être déjà contaminé du virus Ebola, les inquiétudes sur sa santé et l'avenir de ses enfants, les ennuis, le manque d'appétit, l'anxiété sont autant des symptômes qui ont nécessité la présence du psychologue au côté de l'infirmier victime d'Ebola.

MAL a peur d'être atteint d'Ebola dans un contexte où l'écho chez tous les professionnels de la santé du monde, faisait état de la précédente épidémie d'Ebola qui a sévi en Afrique de l'Ouest, réputée la plus menaçante pour les prestataires de première ligne, avec 815 soignants infectés dont 2/3 de ces soignants étaient décédés.

MAL avait subjectivement vécu l'expérience de son exposition au virus Ebola comme une atteinte, c'est ainsi qu'il avait présenté les symptômes semblables de la MVE. Connaissant le caractère meurtrier de ce virus, MAL voyait déjà sa mort arriver.

Prudent et consciencieux, MAL a fait preuve de réalisme, c'est pourquoi il s'est fait confiner aussitôt qu'il a appris que l'un des malades qui est passé entre ses mains est mort d'Ebola. Son premier réflexe était de protéger les autres : ses enfants, sa femme, les autres malades, ses amis et connaissances, bref protéger ses proches.

Pendant les entretiens, MAL a émis des jugements équilibrés, il a accordé beaucoup de poids à son intégrité personnelle. Dans ses activités il s'est montré droit et

constant, en particulier dans ses activités sanitaires. Il détestait le gaspillage et vivait chichement. Au travail, il était ponctuel, grâve et sérieux. Dans ses relations, il détestait la superficialité.

MAL a perçu son exposition comme une menace à son intégrité psychosomatique. Cette perception est impactée significativement par la peur de contracter le virus Ebola, puis brutalement renvoyé à sa finitude, à sa mort, mais aussi par les symptômes psychotraumatiques qu'il présente.

Dès la réception de l'information sur la présence d'Ebola dans son village, MAL a eu extrêmement, peur connaissant la virulence d'Ebola. A la nouvelle sur la mort d'un malade qui est passé dans son centre, entre ses mains, MAL était devenu très anxieux (anticipation), pour ne pas être au dépourvu.(En même temps il s'est isolé (isolation), pour se protéger du problème, en évitant (évitement), d'abord son centre lieu qui symboliserait la contamination, ensuite en évitant tous ses proches, afin de les protéger contre un virus mortel. Entre-temps, il se culpabilisait et se condamnait de sa négligence (dépréciation), ce qui l'enfonçait dans son incertitude et augmentait son anxiété. Devant cette réalité anxieuse, MAL voulait bien se rassurer de sa situation auprès d'un pilier en cherchant l'information pour comprendre : comment se faire examiner et comment se débarrasser de sa souffrance (anticipation anxieuse).

Devant cette réalité anxiogène, la présence du psychologue qui l'a reçu en entretien duel était salutaire pour lui, et c'est avec lui que MAL s'est mis à verbaliser ses problèmes, ses préoccupations, ses souffrances. Cette relation de confiance a permis à MAL de reprendre sa confiance, elle a été concrétisée par l'annonce de son résultat positif (mécanisme d'affiliation).

Annexe 2 : Enquête sur les conséquences de la maladie à virus Ébola Adultes

Δ HYPER-IMPORTANT : Ton code personnel : Ce code est essentiel, car il nous permettra de lier ensemble les 2 questionnaires auxquels tu répondras tout en préservant ton anonymat.
Tes réponses aux questions suivantes vont permettre d'établir ton code personnel.
Quelles sont les 2 premières lettres du prénom de ta mère (exemple : **LY** pour LYNE) : ___ ___
Quelles sont les 2 premières lettres du prénom de ton père (exemple : **RE** pour RENÉ) :___ ___
Quelles sont les 2 premières lettres de ton prénom (exemple : **DA** pour DAVID) ___ ___
Adresse complète :

Δ Toutes petites consignes
Pour remplir le questionnaire, l'enquêteur va lire chaque consigne puisqu'elles sont différentes d'une section à l'autre. Réponds au meilleur de ta connaissance et le plus honnêtement possible : **rappelles-toi qu'il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse.**
Tes réponses sont très importantes. Elles vont permettre de mieux comprendre les conséquences de la maladie à virus Ébola sur la vie de la communauté et de mettre en place des services pour aider ceux et celles qui en ont besoin.

A. Sexe : 1. ☐ Un homme 2. ☐ Une femme

B. Tu es né.e en : 1. ☐ Janvier 4.☐ Avril 7. ☐ Juillet 10. ☐ Octobre
2. ☐ Février 5.☐ Mai 8. ☐ Août 11. ☐ Novembre
3. ☐ Mars. 6.☐ Juin. 9. ☐ Septembre 12. ☐ Décembre

C. Quelle est l'année de ta naissance? _____

D. Quel est ton niveau de scolarité :

1. ☐ Aucun 2. ☐ Niveau primaire 3. ☐ Niveau secondaire
4. ☐ Niveau professionnel 5. ☐ Niveau universitaire

E1. Travaillez-vous ?

1. ☐ Oui 2. ☐ Nom

E2. Si oui, vous êtes actuellement :

1. ☐ Employé (CDI) 2. ☐ Contractuel (CDD) 3. ☐ Fonctionnaire
4. ☐ Agriculteur 5. ☐ Chasseur 6. ☐ Commerçant
7. ☐ Autre, précisez _____

E3. Si non, vous êtes :

1. ☐ Étudiant 2. ☐ Sans emploi 3. ☐ A la retraite
4. ☐ En invalidité 5. ☐ En situation de handicap

F. Quelle est ta religion :

1. ☐ Catholique 2. ☐ Protestante 3. ☐ Animiste
4. ☐ Kimbanguiste 5. ☐ Musulmane
6. ☐ Autre (spécifiez)_____

G. Vous participez dans les cérémonies religieuses :

1. ☐ Très souvent 2. ☐ Souvent 3.☐ Parfois

4. ☐ Rarement 5. ☐ Jamais

H. Concernant votre état civil, vous êtes :

1. ☐ Célibataire 2. ☐ Marié.e 3.☐ Divorcé.e

4. ☐ Séparé.e 5. ☐ Veuf.e 6. ☐ En couple

I. Avez-vous des enfants ?

1. ☐ Oui 2. ☐ Non

Si oui, combien :_____ Ils sont âgés de : ____, _____, _____, _____, ____, ____, _____, ____, ____

Si oui, combien vont à l'école : _____

J. Ëtes-vous en situation de handicap : 1. ☐ Oui 2. ☐ Non

2. Echelle de connaissance et de perception de la maladie à virus Ébola

Concernant la maladie à virus Ébola :	**0 = Non**	**1= Oui**	**2 = Je ne sais pas**
Connaissances et perceptions sur la prévention et le traitement Ebola			
1. Il est évitable en s'abstenant de contact avec les fluides corporels des personnes infectées (sueur, sang, urine, caca, salive, crachat…)	0	1	2
2. Il est évitable en s'abstenant de contact avec le cadavre de personnes décédées d'Ébola	0	1	2
3. Un traitement immédiat dans un Centre de Traitement Ébola augmente les chances de survie	0	1	2
4. Un traitement immédiat dans un Centre de Traitement Ébola réduit les risques de propagation d'Ébola	0	1	2
5. Il est évitable en s'abstenant de toucher un animal trouvé mort	0	1	2
Idées fausses sur la transmission, la prévention et le traitement d'Ebola	0	1	2
6. Il est transmissible par l'air ambiant	0	1	2
7. On peut se protéger contre le virus Ébola en évitant les piqûres de moustiques	0	1	2
8. Il est évitable en prenant un bain de sel et d'eau chaude	0	1	2
9. Il peut être traité avec succès par des guérisseurs spirituels ou traditionnels	0	1	2
Prise de mesures pour éviter l'infection à virus Ébola **Pour éviter l'infection au virus Ébola, il faut :**			
10. Se laver les mains à l'eau et au savon plus souvent	0	1	2
11. Éviter tout contact physique avec les personnes suspectées d'avoir le virus Ébola	0	1	2
12. Éviter les foules	0	1	2
13. Envoyer un membre de la famille dans un centre de traitement Ébola, s'il présente les symptômes	0	1	2

14. Cacher un membre de la famille des voisins et des autorités de santé, s'il présente les symptômes	0	1	2
Intentions si un membre de la famille est décédé à la maison			
15. Laverait ou toucherait le corps si un membre de la famille décédait d'une suspicion d'Ébola	0	1	2
16. Accepterait qu'une équipe d'inhumation se charge du corps si un membre de la famille décédait d'une suspicion d'Ébola	0	1	2
17. Accepterait des alternatives aux enterrements traditionnels qui n'impliquent pas de contact physique avec un cadavre si un membre de la famille décédait d'une suspicion d'Ébola	0	1	2
18. Accepterait d'observer l'enterrement à distance de sécurité	0	1	2

3. Degré d'exposition à MVE (Maladie à virus Ebola)

Concernant la maladie à virus Ébola :	**Oui**	**Non**
A. Avez-vous été dans une ville ou un village où des personnes sont tombées malade du virus Ebola ?		
B. Avez-vous été dans un quartier où des personnes sont tombées malade du virus Ebola ?		
C. Connaissez-vous personnellement des personnes qui sont tombées malade du virus Ebola ?		
D. Avez-vous été en contact avec quelqu'un qui n'est pas de votre famille et qui par la suite est tombée malade du virus Ebola ?		
E. Un ami a été malade du virus Ébola ?		
F. Un membre de votre famille a été malade du virus Ebola ?		
G. Un membre de votre famille habitant la même maison que vous a été malade du virus Ebola ?		
H. Vous avez soigné un membre de votre famille ou un ami ayant été malade du virus Ebola ?		
I. Un ami est mort du virus Ebola ?		
J. Un membre de votre famille est mort du virus Ebola ?		
K. Vou s avez-vous-même été malade du virus Ebola ?		
L. Avez-vous été hospitalisé dans un centre de traitement du virus Ebola ?		
M. Avez-vous participé dans des funérailles de personnes mortes du virus Ebola ?		
N. Avez-vous touché des corps de personnes mortes de la maladie à virus Ebola ?		
O. Faisiez-vous partie d'une équipe soignante ?		
P. Faisiez-vous partie d'une équipe de gestion des corps de personnes mortes à la suite de la maladie à virus Ebola ?		
Q. Etes-vous devenu handicapé à cause de la maladie à virus Ebola ?		

4. Stigmatisation à cause de la MVE

A cause de la maladie à virus Ébola :	0 = Jamais	1 = Rarement	2 = Parfois	3 = Souvent	4 = Toujours
A. Quelqu'un vous a injurié en faisant référence à la maladie à virus Ébola.					0 1 2 3 4
B. Des personnes se sont montrées inconfortables en votre présence à cause de la maladie à virus Ébola.					0 1 2 3 4
C. Vous avez été rejeté.					0 1 2 3 4
D. Quelqu'un a refusé de te serrer la main ou de vous saluer correctement.					0 1 2 3 4
E. Vous avez fait l'objet de moqueries ou autres attitudes du même genre.					0 1 2 3 4
F. Quelqu'un a refusé de vous adresser la parole.					0 1 2 3 4
G. Quelqu'un a refusé de vous vendre des produits.					0 1 2 3 4
H. Quelqu'un a refusé de vous acheter des produits.					0 1 2 3 4
I. Vous avez perdu votre travail ou commerce.					0 1 2 3 4
J. Une entreprise a refusé de vous employer.					0 1 2 3 4
K. Une école a refusé de recevoir tes enfants.					0 1 2 3 4
L. Des voisins et autres personnes vous ont empêché de retourner dans votre habitation.					0 1 2 3 4
M. Les habitants de votre quartier ont détruit votre habitation.					0 1 2 3 4
N. Après votre retour, des membres de votre famille ont refusé de retourner dans votre habitation.					0 1 2 3 4
O. Après votre retour, votre conjoint ou conjointe a refusé que vous reveniez à la maison.					0 1 2 3 4
P. Votre conjoint ou conjointe vous quitté.					0 1 2 3 4
Q. Vous avez l'impression que des gens vous évitent.					0 1 2 3 4
R. Vous avez l'impression d'être rejeté.e					0 1 2 3 4
S. Vous avez l'impression que des personnes ont peur de vous.					0 1 2 3 4
T. Vous avez des comportements évitant comme rester chez vous par peur d'être stigmatisé.e ou rejeté.e					0 1 2 3 4

5. Inventaire de détresse péritraumatique (IDP)

INSTRUCTIONS : **Complète s'il te plait les énoncés qui suivent, en cochant la case qui correspond au mieux ce que tu as ressenti durant la dernière épidémie de la maladie à virus Ébola, et quelque temps après (entoure l'un ou l'autre). Si un énoncé ne s'applique pas à ton expérience de l'épidémie, entoure « Pas du tout vrai ».**

	Pas du tout vrai	Un peu vrai	Plutôt vrai	Très vrai	Extrêmement vrai
1) Je me sentais totalement incapable de faire quoi que ce soit.					
2) Je ressentais de la tristesse et du chagrin.					
3) Je me sentais frustré(e) et en colère car je ne pouvais rien faire de plus.					
4) J'avais peur pour ma propre sécurité					
5) Je me sentais coupable.					
6) J'avais honte de mes réactions émotionnelles.					
7) J'étais inquiet(e) pour la sécurité des autres.					
8) J'avais l'impression que j'allais perdre le contrôle de mes émotions.					
9) J'avais envie d'uriner et d'aller à la selle.					

10) J'étais horrifié(e) de ce que j'avais vu.					
11) J'avais des réactions physiques comme des sueurs, des tremblements et des palpitations.					
12) J'étais sur le point de m'évanouir.					
13) Je pensais que j'allais mourir.					

6. Échelle de détresse psychologique de Kessler (K10)

Au cours de la semaine qui vient de s'écouler, à quelle fréquence t'es-tu senti.e	**Jamai**	**Rareme**	**Parf**	**La plupart du temps**	**Tout le**
A. Épuisé/e sans véritable raison.					
B. Nerveux ou nerveuse.					
C. Si nerveux ou nerveuse que rien ne pouvait te calmer.					
D. Désespéré/e.					
E. Agité/e ou ne tenant pas en place.					
F. Si agité/e que tu ne pouvais pas rester immobile.					
G. Triste ou déprimé/e.					
H. Si déprimé/e que plus rien ne pouvait te faire sourire.					
I. Comme si tout était un effort.					
J. Bon ou bonne à rien.					

7. Liste des événements potentiellement traumatiques

Voici une liste de situations difficiles ou stressantes qu'une personne peut avoir à traverser dans sa vie. Pour chaque situation, cocher une ou plusieurs cases pour indiquer que : (**a**) tu as vécu **personnellement** une telle situation ; (**b**) Une autre personne a vécu une telle situation et **tu en as été témoin** ; (**c**) **Tu as appris** qu'un de tes proches a vécu une telle situation. N'indique que les événements qui ont impliqué une menace vitale, une blessure grave ou de la violence sexuelle.

Événements	**Cela m'est arrive**	**J'en ai été témoin**	**Je l'ai appris**	**Fait partie de mon travail**	**Je ne sais pas**	**N/A**
A. Attentat	☐	☐	☐	☐	☐	☐
B. Catastrophe naturelle (incendie, ouragan, tornade, tremblement de terre, etc.)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
C. Incendie ou explosion	☐	☐	☐	☐	☐	☐

D. Accident de la route (accident de voiture ou de bateau, déraillement de train, écrasement d'avion, etc.)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
E. Accident grave au travail, à domicile, ou pendant des occupations de loisirs	☐	☐	☐	☐	☐	☐
F. Exposition à une substance toxique (produits chimiques dangereux, radiation, etc.)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
G. Agression physique (avoir été attaqué, frappé, poignardé, battu, reçu des coups de pieds)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
H. Attaque à main armée (avoir été blessé par une arme à feu ou une arme tranchante, avoir été menacé avec un couteau, une arme à feu ou une bombe, etc.)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
I. Agression sexuelle (viol, tentative de viol, être obligé d'accomplir tout acte sexuel par la force ou sous des menaces).	☐	☐	☐	☐	☐	☐
J. Autre expérience sexuelle non désirée et désagréable (abus sexuel en enfance)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
K. Participation à un conflit armé ou présence dans une zone de guerre (dans l'armée ou comme civil)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
L. Captivité (avoir été kidnappé, enlevé, pris en otage, incarcéré comme prisonnier de guerre, etc.)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
M. Maladie ou blessure mettant la vie en danger						
N. Mort violente (homicide, suicide, etc)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
O. Mort subite et inattendu d'un proche	☐	☐	☐	☐	☐	☐
P. Blessure grave, dommage ou mort causée par vous à quelqu'un	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Q. Toute autre expérience très stressante (négligence sévère dans l'enfance, torture)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
R. Autre, préciser	☐	☐	☐	☐	☐	☐

8. PTSD Check List for DSM 5 (PCL-5)

Instructions : Voici une liste de problème que les gens éprouvent parfois suite à une expérience vraiment stressante. Veuillez lire chaque énoncé attentivement et encercler le chiffre à droite pour indiquer dans quelle mesure ce problème vous a affecté dans le **dernier mois**.

Dans le dernier mois, dans quelle mesure avez-vous été affecté par :	***0*** ***Pas du tout***	***1*** ***Un peu***	***2*** ***Moyennement***	***3*** ***Souvent***	***4*** ***Extrêmement***				
A. Des souvenir répétés, pénibles et involontaires de l'expérience stressante ?	0	1	2	3	4				
B. Des rêves répétés et pénibles de l'expérience stressante ?	0	1	2	3	4				
C. Se sentir soudainement comme si l'expérience stressante recommençait (comme si vous la viviez de nouveau) ?	0	1	2	3	4				

D.	Etre bouleversé lorsque quelque chose vous rappelle l'expérience stressante ?	0	1	2	3	4
E.	Réagir physiquement lorsque quelque chose vous rappelle l'expérience stressante (p.ex., des gens, avoir le cœur qui bat très fort, du mal à respirer, ou avoir des sueurs) ?	0	1	2	3	4
F.	Eviter souvenirs, pensées ou sentiments en lien avec l'expérience stressante ?	0	1	2	3	4
G.	Eviter les personnes et les choses qui vous rappellent l'expérience stressante (*p.ex. des gens, des lieux, des conversations, des activités, des objets, ou des situations) ?*	0	1	2	3	4
H.	Avoir du mal à vous rappeler d'éléments importants de l'expérience stressante ?	0	1	2	3	4
I.	Avoir des croyances négatives sur vous-même, les autres ou sur le monde (*p.ex. avoir des pensées telles que : je suis mauvais, il y a quelque chose qui cloche sérieusement chez moi, nul n'est digne de confiance, le monde est un endroit complétement dangereux)*	0	1	2	3	4
J.	Vous blâmer ou blâmer les autres pour la survenue de l'expérience stressante ou ce qui est arrivé par la suite ?	0	1	2	3	4
K.	Avoir des sentiments négatifs intenses tels que peur, horreur, colère, culpabilité ou honte ?	0	1	2	3	4
L.	Perdre de l'intérêt pour des activités que vous aimiez auparavant ?	0	1	2	3	4
M.	Vous sentir distant ou coupé des autres ?	0	1	2	3	4
N.	Avoir du mal à éprouver des sentiments positifs (*p.ex., être incapable de ressentir la joie ou de l'amour envers vos proches) ?*	0	1	2	3	4
O.	Etre irritable, avoir des bouffées de colère, ou agir agressivement ?	0	1	2	3	4
P.	Prendre des risques inconsidérés ou encore avoir des conduites qui pourraient vous mettre en danger ?	0	1	2	3	4
Q.	Etre super-alerté, vigilant ou sur vos gardes ?	0	1	2	3	4
R.	Sursauter facilement ?	0	1	2	3	4
S.	Avoir du mal à vous concentrer ?	0	1	2	3	4
T.	Avoir du mal à trouver ou garder le sommeil ?	0	1	2	3	4

9. Dépression (Echelle de dépression de Beck Short Form)

Consigne : Ce questionnaire comporte 13 groupes d'énoncés. Veuillez lire avec soin chacun de ces groupes puis, dans chaque groupe, choisissez **l'énoncé** qui décrit le mieux comment vous vous êtes senti (e) **au cours des deux dernières semaines, incluant aujourd'hui**. Encerclez alors le chiffre placé devant l'énoncé que vous avez choisi. Si, dans un groupe d'énoncés, vous en trouvez plusieurs qui semblent décrire exactement ce que vous ressentez, choisissez celui qui a le chiffre le plus élevé et encerclez-le.

A.	0	Je ne me sens pas triste
	1	Je me sens cafardeux ou triste
	2	Je me sens tout le temps cafardeux ou triste, et je n'arrive pas à en sortir.
	3	Je suis si triste et si malheureux que je ne peux pas le supporter
B	0	Je ne suis pas particulièrement découragé, ne pessimiste au sujet de l'avenir.
	1	J'ai un sentiment de découragement au sujet de l'avenir
	2	Pour mon avenir, je n'ai aucun motif d'espérer.
	3	Je sens qu'il n'y a aucun espoir pour mon avenir, et que la situation ne peut s'améliorer
C.	0	Je n'ai aucun sentiment d'échec de ma vie
	1	J'ai l'impression que j'ai échoué dans ma vie plus que la plupart des gens.
	2	Quand je regarde ma vie passée, tout ce que j'y découvre n'est qu'échecs.

	3	J'ai un sentiment d'échec complet dans toute ma vie personnelle (dans mes relations avec mes parents, mon mari, ma femme , mes enfants
D.	0	Je ne me sens pas particulièrement insatisfait
	1	Je ne sais pas profiter agréablement des circonstances
	2	Je ne tire plus aucune satisfaction de quoi que ce soit.
	3	Je suis mécontent de tout
E.	0	Je ne me sens pas coupable
	1	Je me sens mauvais ou indigne une bonne partie du temps
	2	Je ne me sens pas coupable
	3	Je me juge très mauvais, et j'ai l'impression que je ne vaux rien
F.	0	Je ne suis pas déçu par moi-même
	1	Je suis déçu par moi-même
	2	Je me dégoûte moi-même
	3	
G.	0	Je ne pense pas à me faire du mal.
	1	Je pense que la mort me libèrerait.
	2	J'ai des plans précis pour me suicider
	3	Si je le pouvais, je me tuerais.
H.	0	Je n'ai pas perdu l'intérêt pour les autres gens.
	1	Maintenant je m'intéresse moins aux autres gens qu'autrefois
	2	J'ai perdu tout l'intérêt que je portais aux gens et j'ai peu de sentiments pour eux.
	3	J'ai perdu tout l'intérêt pour les autres, et ils m'indiffèrent totalement.
I.	0	Je suis capable de me décider aussi facilement que de coutume.
	1	J'essaie de ne pas avoir à prendre de décision.
	2	J'ai de grandes difficultés à prendre des décisions
	3	Je ne suis plus capable de prendre la moindre décision
J.	0	Je n'ai pas le sentiment d'être plus laid qu'avant
	1	J'ai peur de paraître vieux ou disgracieux
	2	J'ai l'impression qu'il y a un changement permanent dans mon apparence physique, qui me fait paraître disgracieux
	3	J'ai l'impression d'être laid et repoussant.
K.	0	Je travaille aussi facilement qu'auparavant
	1	Il me faut faire un effort supplémentaire pour commencer à faire quelque chose
	2	Il faut que je fasse un très grand effort pour faire quoi que ce soit
	3	Je suis incapable de faire le moindre travail.
L.	0	Je ne suis pas plus fatigué que d'habitude
	1	Je suis fatigué plus facilement que d'habitude
	2	Faire quoi que ce soit me fatigue
	3	Je suis incapable de faire le moindre travail
M.	0	Mon appétit est toujours aussi bon.
	1	Mon appétit n'est pas aussi bon que d'habitude.
	2	Mon appétit est beaucoup moins bon maintenant.
	3	Je n'ai plus du tout d'appétit.

10. Anxiété (Beck Anxiety Inventory)

Voici une liste de symptômes courants dus à l'anxiété. Lis chaque symptôme attentivement. Indique, en encerclant le chiffre approprié, à quel degré tu as été affecté par chacun de ces symptômes ***au cours de la dernière semaine,*** aujourd'hui inclus.

Au cours des 7 derniers jours, j'ai été affecté(e) par...	0 Pas du tout	1 Un peu Cela ne m'a pas beaucoup dérangé(e)	2 Modérément C'était très déplaisant mais supportable	3 Beaucoup Je pouvais à peine le supporter
Sensations d'engourdissement ou de picotement	0	1	2	3
Bouffées de chaleur	0	1	2	3
« Jambes molles », tremblements dans les jambes	0	1	2	3
Incapacité de se détendre	0	1	2	3
Crainte que le pire ne survienne	0	1	2	3
Étourdissement ou vertige,désorientation	0	1	2	3
Battements cardiaques marqués ou rapides	0	1	2	3
Mal assuré(e), manque d'assurance dans mes mouvements	0	1	2	3
Terrifié(e)	0	1	2	3
Nervosité	0	1	2	3
Sensation d'étouffement	0	1	2	3
Tremblements des mains	0	1	2	3
Tremblements, chancelant(e)	0	1	2	3
Crainte de perdre le contrôle de soi	0	1	2	3
Respiration difficile	0	1	2	3
Peur de mourir	0	1	2	3
Sensation de peur, «avoir la frousse»	0	1	2	3
Indigestion ou malaise abdominal	0	1	2	3
Sensation de défaillance ou d'évanouissement	0	1	2	3
Rougissement du visage	0	1	2	3
Transpiration (non associée à la chaleur)	0	1	2	3

11. Consommation de substance

Au cours des 12 derniers mois combien de fois as-tu consommé ces produits ?	**Pas consommé**	**À l'occasion**	**Une fois par mois environ**	**La fin de semaine ou 1 à 2 fois par semaine**	**3 fois et + par semaine mais pas à tous les jours**	**Tous les jours**
1. Alcool	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2. Cannabis (pot, marijuana, hachisch, huile, etc.)	☐	☐	☐	☐	☐	☐

3. Autres drogues (ecstasy, amphétamines, speed, cocaïne, acide, etc.)	☐	☐	☐	☐	☐	☐

12. Santé mentale générale (GHQ12)

A. Récemment, avez-vous été capable de vous concentrer sur tout ce que vous faite ?	Mieux que d'habitude	Comme d'habitude	Moins bien que d'habitude	Beaucoup moins que d'habitude
B. Récemment, avez-vous manqué de sommeil à cause de vos soucis ?	Pas du tout	Pas plus que d'habitude	Un peu plus que d'habitude	Beaucoup plus que d'habitude
C. Récemment, avez-vous le sentiment de jouer un rôle utile dans la vie ?	Plus que d'habitude	Comme d'habitude	Moins utile que d'habitude	Beaucoup moins utile que d'habitude
D. Récemment, vous êtes-vous senti capable de prendre des décisions ?	Plus que d'habitude	Comme d'habitude	Moins bien que d'habitude	Beaucoup moins que d'habitude
D.Récemment, vous êtes-vous senti constamment tendu ou « stressé » ?	Pas du tout	Pas plus que d'habitude	Un peu plus que d'habitude	Beaucoup plus que d'habitude
E. Récemment, avez-vous eu le sentiment que vous ne pourriez pas surmonter vos difficultés ?	Pas du tout	Pas plus que d'habitude	Un peu plus que d'habitude	Beaucoup plus que d'habitude
G. Récemment, avez-vous été capable d'apprécier vos activités quotidiennes normales ?	Mieux que d'habitude	Comme d'habitude	Moins bien que d'habitude	Beaucoup moins que d'habitude
H.Récemment, avez-vous été capable de faire face à vos problèmes?	Mieux que d'habitude	Comme d'habitude	Moins bien que d'habitude	Beaucoup moins que d'habitude
I. Récemment, avez-vous été malheureux et déprimé?	Pas du tout	Pas plus que d'habitude	Un peu plus que d'habitude	Beaucoup plus que d'habitude
J. Récemment, avez-vous perdu confiance en vous même?	Pas du tout	Pas plus que d'habitude	Un peu plus que d'habitude	Beaucoup plus que d'habitude
K.Récemment, vous êtes-vous considéré comme quelqu'un qui ne valait rien ?	Pas du tout	Pas plus que d'habitude	Un peu plus que d'habitude	Beaucoup plus que d'habitude
L. Récemment, vous êtes-vous senti raisonnablement heureux, tout bien considéré?	Plus que d'habitude	Comme d'habitude	Un peu moins que d'habitude	Beaucoup moins que d'habitude

Il peut être difficile de répondre à la question qui suit. Si tu sens que tu as besoin d'aide, nous vous encourageons à en parler avec l'agent psychosocial ou à vous servir des ressources qui vous sont fournies.

13. Idéations et comportements suicidaires

A. As-tu déjà <u>sérieusement</u> pensé à essayer de te suicider?

☐ Non **Tu as répondu non? Passe à la question 14.*

☐ Oui **Tu as répondu oui? Passe à la question suivante.*

B. As-tu déjà essayé de te suicider?

☐ Non → **C. Combien de fois as-tu essayé de te suicider?**

☐ Oui

☐ Une fois

☐ Plus d'une fois

14. Choisis la réponse qui décrit le mieux ce que tu penses.	**Faux**	**Plutôt faux**	**Parfois faux Parfois vrai**	**Plutôt vrai**	**Vrai**
Toronto Alexithymia Scale (TAS)					
A. C'est difficile pour moi de trouver les bons mots pour décrire mes émotions.					
B. Quand je suis troublé/e, je ne sais pas si je suis triste, si j'ai peur ou si je suis en colère.					
C.					
D. Je suis souvent mélangé/e face aux émotions que je ressens.					
Self Description Questionnaire					
E. En général, je m'aime comme je suis.					
F. Dans l'ensemble, j'ai beaucoup de raisons d'être fier/fière de moi.					
G. J'ai beaucoup de qualités.					
H. Quand je fais quelque chose, je le fais bien.					
I. J'aime mon apparence physique.					
Connor-Davidson Resilience Scale-2 (CD-RISC)					
J. Je suis capable de m'adapter au changement.					
K. J'ai l'habitude de « me ressaisir » après un événement difficile.					
Beck Hopelessness Scale (BHS)					
L. J'anticipe le futur avec espoir et enthousiasme.					
M. Quand je considère l'avenir, je m'attends à être plus heureux/se que maintenant.					
N. L'avenir me semble vague et incertain.					

14. Multidimensional Scale of Perceived Social Support

Instructions : Nous aimerions savoir ce que tu penses des déclarations suivantes. Lis attentivement chaque déclaration. Indique comment tu te sens par rapport à chaque énoncé à l'aide de l'échelle suivante :	Totalement en						Totalement en accord
A. Il y a une personne en particulier qui est là quand j'en ai besoin	1	2	3	4	5	6	7
B. Il y a une personne en particulier avec laquelle je peux partager mes joies et mes peines	1	2	3	4	5	6	7
C. Ma famille essaie vraiment de m'aider	1	2	3	4	5	6	7
D. Je reçois de ma famille toute l'aide émotionnelle et le soutien dont j'ai besoin	1	2	3	4	5	6	7

E. Je connais une personne en particulier qui est une vraie source de réconfort pour moi	1	2	3	4	5	6	7
F. Mes amis essaient vraiment de m'aider	1	2	3	4	5	6	7
G. Je peux compter sur mes amis quand les choses vont mal	1	2	3	4	5	6	7
H. Je peux parler de mes problèmes avec ma famille	1	2	3	4	5	6	7
I. J'ai des amis avec lesquels je peux partager mes joies et mes peines	1	2	3	4	5	6	7
J. Il y a quelqu'un de spécial dans ma vie qui s'inquiète de ce que je ressens	1	2	3	4	5	6	7
K. Ma famille est prête à m'aider à prendre des décisions	1	2	3	4	5	6	7
L. Je peux parler de mes problèmes avec mes amis	1	2	3	4	5	6	7

15. Auto-efficacité Généralisée

Lis attentivement chaque phrase et encercle le chiffre qui te décrit le mieux.	Pas du tout vrai	A peine vrai	Moyen-nement vrai	Totale-ment vrai
A. Je peux arriver toujours à résoudre mes difficultés si j'essaie assez fort.				
B. 2. Si quelqu'un s'oppose à moi, je peux trouver une façon pour obtenir ce que je veux.				
C. C'est facile pour moi de maintenir mon attention sur mes objectifs et accomplir mes buts.				
D. J'ai confiance que je peux faire face efficacement aux événements inattendus.				
E. Grâce à ma débrouillardise, je sais comment faire face aux situations imprévues.				
F. Je peux résoudre la plupart de mes problèmes si j'investis les efforts nécessaires.				
G. Je peux rester calme lorsque je suis confronté à des difficultés car je peux me fier à mes habiletés pour faire face aux problèmes.				
H. Lorsque je suis confronté à un problème, je peux habituellement trouver plusieurs solutions.				
I. Si je suis "coincé", je peux habituellement penser à ce que je pourrais faire.				
J. Peu importe ce qui arrive, je suis capable d'y faire face généralement.				

16. Brief-RCOPE

Maintenant, nous allons vous demander de penser à la dernière épidémie de la maladie à virus Ébola et à la façon dont vous avez réagi face à elle. Répondez à chacune des affirmations suivantes en cochant la case qui correspond le mieux à la manière dont vous avez réagi dans cette situation. Répondez honnêtement sans vous soucier de ce que les gens auraient fait s'ils avaient été à votre place:	Pas du tout	De temps en temps	Sou-vent	Tou-jours
A. J'ai recherché l'amour et la protection de Dieu				
B. J'ai recherché l'aide de Dieu pour évacuer ma colère				
C. Je me suis efforcé(e), avec l'aide de Dieu, de concrétiser mes projets en action				

D. Je me suis efforcé(e) de voir comment Dieu pourrait essayer de me rendre plus fort dans cette situation				
E. J'ai demandé(e) le pardon pour mes péchés				
F. Je me suis concentré(e) sur la religion pour ne plus m'inquiéter au sujet de mes problèmes				
G. Je me suis demandé si Dieu m'avait abandonné(e)				
H. Je me suis senti(e) puni(e) par Dieu pour mon manque de dévotion				
I. Je me suis demandé ce que j'avais fait pour que Dieu me punisse ainsi				
J. Je me suis interrogé sur l'amour que Dieu me porte				
K. Je me suis demandé(e) si mon église m'avait abandonné				
L. J'ai considéré que le Diable avait provoqué ce qui est arrivé.				
M. J'ai recherché le soutien et la compréhension de quelqu'un.				
N. Je me suis interrogé(e) sur le pouvoir de Dieu				

18. Brief COPE

Maintenant, nous allons te demander de penser à la dernière épidémie de la maladie à virus Ébola et à la façon dont tu as réagi face à elle. Réponds à chacune des affirmations suivantes en cochant la case qui correspond le mieux à la manière dont tu as réagi dans cette situation. Réponds honnêtement sans vous soucier de ce que les gens auraient fait s'ils avaient été à ta place:	1 Pas du tout	2 De temps en temps	3 Sou-vent	4 Touj-ours
A. Je me suis tourné vers d'autres activités pour me changer les idées.	1	2	3	4
B. J'ai déterminé une ligne d'action et je l'ai suivie.	1	2	3	4
C. Je me suis dit que ce n'était pas réel.	1	2	3	4
D. J'ai consommé de l'alcool ou d'autres substances pour me sentir mieux.	1	2	3	4
E. J'ai recherché un soutien émotionnel de la part des autres.	1	2	3	4
F. J'ai renoncé à essayer de résoudre la situation.	1	2	3	4
G.J'ai essayé de trouver du réconfort dans ma religion ou dans des croyances spirituelles.	1	2	3	4
H. J'ai accepté la réalité de ma nouvelle situation.	1	2	3	4
I. J'ai évacué mes sentiments déplaisants en en parlant.	1	2	3	4
J. J'ai recherché l'aide et le conseil d'autres personnes.	1	2	3	4
K. J'ai essayé de voir la situation sous un jour plus positif.	1	2	3	4
L. Je me suis critiqué.	1	2	3	4
M. J'ai essayé d'élaborer une stratégie à propos de ce qu'il y avait à faire.	1	2	3	4
N. J'ai recherché le soutien et la compréhension de quelqu'un.	1	2	3	4
O. J'ai abandonné l'espoir de faire face.	1	2	3	4
P. J'ai pris la situation avec humour.	1	2	3	4
Q. J'ai fait quelque chose pour moins y penser (comme aller au cinéma, regarder la TV, lire, rêver tout éveillé, dormir ou faire les magasins...) [certaines activités ne sont pas à reporter pour les patients hospitalisés].	1	2	3	4
R. J'ai exprimé mes sentiments négatifs.	1	2	3	4
S. J'ai essayé d'avoir des conseils ou de l'aide d'autres personnes à propos de ce qu'il fallait faire.	1	2	3	4
T. J'ai concentré mes efforts pour résoudre la situation.	1	2	3	4
U. J'ai refusé de croire que ça m'arrivait.	1	2	3	4

V. J'ai consommé de l'alcool ou d'autres substances pour m'aider à traverser la situation.	1	2	3	4
W. J'ai appris à vivre dans ma nouvelle situation.	1	2	3	4
X. J'ai planifié les étapes à suivre.	1	2	3	4
Y. Je me suis reproché les choses qui m'arrivaient.	1	2	3	4
Z. J'ai recherché les aspects positifs dans ce qu'il m'arrivait.	1	2	3	4
AA. J'ai prié ou médité.	1	2	3	4
BB. Je me suis amusé de la situation.	1	2	3	4

19. Résilience

38. À la droite de chaque item, tu trouveras sept numéros, allant de « 1 » (totalement en désaccord) à « 7 » (totalement en accord). Encercle le chiffre qui correspond le mieux à ton sentiment concernant ce que décrit chaque item. Par exemple, si tu es totalement en désaccord avec le contenu d'un item, encercle « 1 », si tu es neutre, encercle « 4 », et si tu es fortement en accord, encercle « 7 », etc.).

Totalement en désaccord ⟷ Totalement en accord

A. Je réussis en général à m'en sortir d'une façon ou d'une autre.	1	2	3	4	5	6	7
B. Je suis fier.ère de ce que j'ai accompli dans ma vie.	1	2	3	4	5	6	7
C. Je fais généralement face aux choses avec calme/sérénité.	1	2	3	4	5	6	7
D. Je suis en accord avec moi-même.	1	2	3	4	5	6	7
E. Je pense être capable de faire plusieurs choses à la fois.	1	2	3	4	5	6	7
F. Je suis quelqu'un de déterminé.	1	2	3	4	5	6	7
G. Je peux traverser les périodes difficiles parce que j'ai vécu des expériences difficiles dans le passé.	1	2	3	4	5	6	7
H. Je fais preuve d'autodiscipline.	1	2	3	4	5	6	7
I. Je garde un intérêt pour ce qui se passe autour de moi.	1	2	3	4	5	6	7
J. Je trouve habituellement des occasions de rire.	1	2	3	4	5	6	7
K. Ma confiance en moi me permet de traverser les périodes difficiles.	1	2	3	4	5	6	7
L. En situation d'urgence, je suis une personne sur qui on peut compter.	1	2	3	4	5	6	7
M. Parfois, je m'incite à faire des choses que j'en ai envie ou pas.	1	2	3	4	5	6	7
N. Quand je connais une situation difficile, je trouve habituellement une porte de sortie.	1	2	3	4	5	6	7

Annexe 3: TRADUCTION-LINGALA

Soko ozalina mibu zomi na mwambe to koleka mpe ofandi (to azuami) o etuka ya Equateur banda mwa 1er mars 2018, tosengi lisungi Iya ya likolo Iya boluki-lukimpo ya maye makwelaki bato, mabota to rape masangá na mpo etali bokono bwa virus Ebola. Ata ko bokono bonâ bozuaki yo te, epekisi yo te 'te Osunga : tolingi ride koyeba boni boni yo obikelaki na pembeni to na mosika bokono bonâ boye bwa nsuka o engumba (mboka) ya yo.

Bilembo binâ bikosalema (bikopesama) na bonkutu mpenza. Bikosalisa 'te totongolo bobiki bwa bato, mabota mpe masangá mpe komesana na baye basengeli kosalisa bango. Mosala moye mwa boluki-luki na nzela ya mituna mpe biyano mondimisami na bakonzi ba biteyelo bya likolo bya biso.

Bongo lisungi Iya yo lizali kani na boluki-luki boye ?

Na botondisi soko ozwi mokano to bo anoli na mituna mya boluki-luki boye. Lisungi Iya o likozala o botondisi to mpe boyanoli bo e bokosala 'te opono biyano na boko-boko bya mituna mizuami awa. Ntina mpenza ezali mpo ya kozua ba nsango na ndenge yo moko obikelaki na bomanyoli to na botondisi mituna na mbala ya yambo o mobu moye, mpe mbala esusu o mobu mokoya mpe o eleko se yoko. Okoki mpe kolongwa o boluki-luki boye yo moko. Boyanoli o mituna miye bokozua se minuti ntuku minei na mitano.

Litomba bya boyekoli boye

Na botondisi to na boyanoli o mituna, okozwa likoki Iya komanyola (kokanisa) likolo Iya ebikeli ya yo moko ya bokono, mpe lolenge kani epesaki yo mpasi. Komanyola (to kokanisa) lolenge yo obikelaki mpasi enâ, ekoki kosalisa yo mpo 'te ososola na bolamu mpenza ekweela ena mpe myango to mikano kani mitiyami mpo ya komibatela. Na boluki-luki ba nsango epay ya lisanga, ekosalisa biso tomanyola to tososola ebikeli ya bango mpe makanisi ma bango mpo 'te tozua to tobongisa bisaleli biye bifandi (to bitongami) likolo Iya bosengá bwa solo. Ezali bongo libaku lilamu mpo ya yo Iya koloba to kosolola likolo Iya likambo (ekweela) liye lisimbi motema mpo 'te makanisi ma bandeko ba lisanga mandimama.

Kwokoso mpe bobangi

Bobangi to kwokoso na bozui esika o masolo maye ekoki kozala to kosala 'te boko mituna miye mizongisela yo makanisi manso ma ekweela eye ya mpasi to ya nsomo ma bokono bwa Ebola. Ata ko bongo, soko oyoki mposa ya koloba to kokabola ekweela enâ ya mpasi, okoki kosolola mbala yoko na nganga mayele OYO ayekola mambi matali psychosocial, OYO akotuna yo mituna. To mpe (na bosengá) akotinda yo (okomono) epay ya mokambi atali misala mina, M. Balayulu OYO azali psychologue, nde bosololi.

Bobombi masolo to bonkutu

Mpo 'te bayeba yo te lokola moto OYO azui esika na boluki-luki boye, biyano biye bizuami bikosalema to bikobongisama na bonkutu bonso, elingi koloba 'te nkombo ya yo ekokomama te o minkanda, ekobisama poœie tena ndeko moko wa lisanga Iya yo. Bonkutu boye bokosalema eng€bene na -mibeko mya mboka Congo.

Na maye matali ba nsango iye izuami o lokasa loye la bondimani, se bandeko ba lingomba liye Iya boluki-luki nde bamoni to batangi lokasa lango. Bandeko baye basengeli kotosa bonkutu bwa nsango iye bazui. Esika ya bobombi nsango ina ekopesa eposa te mpo bayeba yo.

Bosaleli bilembo biye bizuami

Bilembo biye bizuami, bikopesama, kasi nkombo ya baye basanganaki ikopesama te. Esakola ya bilembo binâ ekopesana na bikomá bya bato ba mayele (revues scientifiques), na masangá ndenge na ndenge (congrès, colloques) to ba buku isusu ya bakomi to batangi basusu ba biteyelo bya likolo. Bilembo binâ bikosalisa mpe lisusu mpo ya kobongisa bisaleli ya kokebisa mpe kosalisa mabongi ma moto ye moko mpe ma lisanga (psychosocial) maye matongami na bosengá bwa solo bwa lisanga. Maye manâ (bilembo) manso makobombama o ebombelo (masini- serveur) eye ebatelami malamu na eteyelo ya likolo ya Ottawa (Université ya Ottawa), o engumba Ottawa na mokili mwa Canada. Bongo boyekoli bokosalema na nkombo iyebani te mpe na bonkutu na bato baye ba boluki-luki mpe ba bwanya baye bazuami o likambo liye.

Mokumba mwa bai-mayele (bato ba boluki-luki)

Na bondimaka 'te osangana na boluki-luki boye, olongoli ata lotomo la yo te loye lopesameli ye na mobeko. Mpe lisusu, okangoli te baluki-luki na mokumba mwa bango mwa solo mpe mwa mosala ata soko mwa mbeba tokwokoso ekweli bango.

Esengeli kaka ozala to osangana ?

Te. Bosangani to elongi ya yo o ntei ya boluki-luki boye ekosalema bobele na bolingi bwa yo moko. Ozali mpenza na bonsomi bwa kozala to te na boluki-luki boye. Ozali mpe na bonsoni bwa kobendana to kolongwa ngonga nyoso. Na yango, soko olongwi to obendani, nsango inso italaki yo isengeli kozikisama to kopasola. Ndingisa ya yo na bosangani bwa yo elakisi mpe 'te ondimi ya solo 'te bandeko baye bazali na lisanga lya boluki-luki bakoka kosalela na nzela ya kokoma (articles), bolobi liboso lya bato to bapanzi nsango (conférences), liboso lya ba nganga mayele to bayekoli (communications scientifiques) mpe na bikomá bya nsango iye (nungu-nungu) izuami, longola se bopesi nsango boye bokosalisa 'te bakoka koyeba yo, yango elobama te.

Bato baye bazali maboko polele mpo ya koyanola na mituna mya bino :

Soko ozali na mituna likolo lya boluki-luki boye, okoki kosolola na biso na nzela iye.

- **Oléa Balayulu** : Motangisi to Professeur na Département ya Psychologie, Unikin
- **Jacqueline Bukaka, Ph D.** : Motangisi to Professeur na Département ya Psychologie, Unikin
- **Jean-Pierre Birangui, Ph D.** : Motangisi to Professeur na Département ya Psychologie, UNILU
- **Jude Mary Cénat, Ph D**. : Motangisi to Professeur na Département ya Psychologie, Université Ottawa

Lokasa la bondimi

Na bondimaka kosangana na boluki-luki boye nandimi 'te :

- Mosali wa lisanga liye (agent psychosocial) atangi mpo yo ngai monkanda moye mwa nsango mpe lokasa loye la bondimi boluki-luki ;
- Natongoli (nasosoli) 'te nakoki komibenda ngonga nyonso ata na mokakatano moko te ;
- Natangoli to nasololi maye manso mapesami (conditions), bobangi mpe mbano na bosangani bwa ngai ;
- Natangoli to nasosoli 'te bilembo bikozuama na boluki-luki boye, bikoki kosala misala misusu (lokola : makomi ma nzebi, bobatami : bokotosama)
- Natongoli to nasosoli 'te na bondimi bwa bosangani o boluki-luki boye, naboi ata maye matali mibeko mya ngai te.

Mpo ya nsango to masolo masusu maye matali boluki-luki boye nakoki koluka to kosolola na mokambi OYO atali mambi ma botomboli bolamu bwa boluki-luki OYO azuami o eteyelo enene ya Ottawa, Pavillon 'Tabaret, 550, rue cumberland, pièce 154, (613) 562-5387 to mpe ethics@uottawa.ca.

Ba nkasa izali ibale ya bondimi, mpe okoki kopona yoko eye okoki kobomba to te mpo na yo moko.

Linzaka Iya oyo asanganaki (Signature du participant)	**Date :**
Linzaka Iya moluki-luki	**Date :**

BOLUKI-LUKI LIKOLO EKWEELA YA BOKONO BWA EBOLA
Moto

▲**YA MOTUYA** : Motuya (to numéro) mwa yo moko. Motuya (to numéro) mona mozali na litomba linene, mpamba te, ekosalisa biso te tosangisa mituna mibale miye okoyanola na bonkutu, okopesa nkombo ya yo te.
Pesa nkoma ibale ya liboso ya nkombo ya mama wa yo (prénom) (Ndakisa : LY mpo ya LYNE) :_____
Pesa nkoma ibale ya liboso ya nkombo ya papa wa yo (prénom) (Ndakisa : RE mpo ya RENE) :_____
Pesa nkoma ibale ya liboso ya nkombo ya yo (prénom) (Ndakisa : DA mpo ya DAVID) :_____

Mwa makebisi (Consignes)

Mpo ya botondisi mituna o lokasa loye, moluki-luki akotanga likebisi iyiko iyiko mpamba te ikeseni na biteni ndenge na ndenge. Oyanola na boyebi mpe na nzebi, mpe na bosembo bonso. Okundola te eyano ya malamu to ya mabe ezali te. Biyano binso bizali na ntina. Bikosalisa mpo ya kotongolo to kosolola na bolamu mpenza maye manso masali te bokono bwa Ebola bonyokolo batu, mingi mingi mpenza o bomoi bwa lisanga mpe kotia oesika, bisaleli bya kosunga baye banso basengeli na lisungi.

1. **Nsango mobimba** Date : / / / / / / / / /

A. Ozali :1 □ Mobali 2 □ Mwasi

B. Obotama na 1 □ Janvier 4 □ Avril 7 □ Juillet 10 □ Octombre
2 □ Février 5 □ Mai 8 □ Août 11 □ Novembre
3 □ Mars 6 □ Juin 9 □ Septembre 12 □ Décembre

C. Mbula ya yo mwa mbotama_____

D. Otanga kelasi nini
1 □ Mokote 2 □ Kelasi ya yambo 3 □ Kelasi ya kati-kati
4 □ Misalamya maboko 5 □ Eteyelo ya likolo

E1. Osalaka
1 □ Iyo 2 □ Te

E2. Soki iyo, mosala kani ? Na....
1 □ Kopani 2 □ Bobembani 3 □ Na leta
4 □ Moloni bilanga 5 □ Mobomi nyama 6 □ Moteki 7 □ Esika esusu talisa

E3. Soko te, ozali :
1 □ Moyekoli (wa likolo) 2 □ Mosala te 3 □ Na lipaso
4 □ Osalaka te likolo lya 5 □ Ebosono

F. Osambelaka wapi
1 □ Katoliko 2 □ Missioni 3 □ Eyamba ya mbankoko
4 □ Kimbangu 5 □ Musuluma 6 □ Eyamba esusu (Otalisa)

G. Osanganaka o milulu mya losambo
1 □ Mingi-mingi 2 □ Mingi 3 □ Yoko mbala
4 □ Mpenza te 5 □ Te

H. Maye matali libala, ozali :
1 □ Yo moko 2 □ Obali 3 □ Libala ekufa
4 □ Bokabwani 5 □ Okufela (Mobali to mwasi) 6 □ Bofandi esika yoko

I. Ozali na bana
1 □ Iyo 2 □ Te

Soki iyo ; boni.....Bazali na mbula boni.....soki iyo, boni bakendeke kelasi.…

J. Ozali na eleme to ebosono
1 □ Iyo 2 □ Te

2. **Echelle de connaissance et de perception de la maladie à virus Ebola**

Maye matali bokono bwa virus Ebola		**0=Te 1=Iyo 2=Nayebi te**		
Boyebi bwa yo to lolenge la yo la komono ndenge ya kokebisa to kosalisa (kobikisa) Ebola				
1	Okoki kokima yango na baboyi kozala esika yoko na biloko bya nzoto bya (biye bikotangaka) baye bazwi bokono bona (mitoki, makila, masuba, nyei, nsoi, kosu-kosu…)	0	1	2
2	Okoki kokima yango na boboyi kozala mpembeni ya bato bawei (bibembe) na Ebola	0	1	2
3	Lisali lya mbalakaka o esika bazali kopesa mino mya (kosalisa) ebakisaka konzo ya kobika	0	1	2
4	Lisungi lya mbalankaka o esika bazali kopesa mino mya Ebola ekotolaka bompanzani bwa yango	0	1	2
5	Okoki kokima yango na bomoyi kosimba nyama okuti ekufi	0	1	2
6	Makanisi ma solo te likolo ya lolenge Ebola epesamaka mpe lolenge la kosalisa yango	0	1	2
7	Epesamaka ma mompepe moye mozali kolekaleka	0	1	2
8	Okoki komibatela na bokono bwa Ebola na bokimi te bangungi (mbembele) baswa yo	0	1	2
9	Okoki kokima yango na busokoli na mayi na moto batia mungwa	0	1	2
10	Ekoki kosalisama na elonga mpenza na babikisi ba losambo to ba bonkoko	0	1	2
Bozwi meko mpo ya kokima bokono bwa Ebola. Mpo ya kokima bokono bwa bokono Ebola, esengeli :				
11	Kosokola maboko na mayi to na saboni ntangu nionso	0	1	2
12	Koboya kosangana nzoto na moto nionso oyo nungu-nungu ebimi te ezali na bokon bwa ebola	0	1	2
13	Kokima masanga na bato ebele	0	1	2
14	Kotinda moi-libota yoko na lopitalo to esika bazali kosilisa Ebola, soko alakisi bilembo	0	1	2
15	Kobomba moi-libota yoko wa bandeko ya mpembeni na bakonzi ba bokolongo bwa	0	1	2
Nzoto soki ndeko wana alakisi bilembo bya bokono bwa ebola Makanisi soko moi-libota yoko awei (akufi) o ndaka				
16	Bakosokola to bakosimba nzoto ya moi-libota soki awei na mpo etali Ebola ?	0	1	2
17	Bakondima te lyoko lisanga lya bokundi ezwa likoki lya kokunda moi-libota oyo awei na Ebola ?	0	1	2
18	Bokondima lolenge losusu ya bokundi mowei, ndakisa lolenge la bonkoko loye lolongisi te kosimbana na nzoto na bo moi-libota oyo akoki kowa na bokono bwa Ebola ?	0	1	2
19	Bakondima kotala na mosika bokundi na bokengi bwa mowei wa Ebola ?	0	1	2

3. **Lolenge la kolakisa**

	Maye batali bokono bwa ebola	**Iyo**	**Te**
A	Osilakofanda (ozala) na engumba to mboka eye bato babale bokono bwa Ebola ?		
B	Osilakokoma na etuku (quartier) oyo bato babale bokono bqa Ebola ?		
C	Oyebi yo moko mpenza bato baye babale (bakwela) bokono bwa Ebola ?		
D	Osilakokutana na moto na libota lya ya yote kasi abele (akweyela) bokono bwa Ebola ?		
E	Moninga bwa yo abele bokono bwa Ebola ?		
F	Moi-libota lya yo abele bokono bwa Ebola ?		

G	Moi-libota lya yo afandi ndako moko na yo abele bokono bwa Ebola ?		
H	Osalisa moi-libota lya yo to mpe moninga bwa yo oyo abele bokono bwa Ebola ?		
J	Moi-libota wa yo akufa na bokono bwa Ebola ?		
K	Yo moko obele bokono bwa Ebola ?		
L	Osilakokota lopitalo liko lya bokono bwa Ebola ?		
M	Osilakokende na matanga na bato bakufa na bokono bwa Ebola ?		
N	Osilakosimba bibembe lya bato bakufa na bokono bwa Ebola ?		
O	Osalaka to ozali okati lya bandeko baye basalisaka (minganga) ?		
P	Osalaka na lisanga lya baye basalisaka (to batali) nzoto ya bato bawei na bokono bwa Ebola ?		
Q	Otikakala na eleme to ebosono likolo lya bokono bwa Ebola ?		

4. Ndelo ya bilembo biye bikangemi na bokono bwa Ebola ?

Mpo ya ntina ya bokono bwa Ebola	**0=Ata moko te**	**1= Mingi mpenza te**	**2=Mbala isusu**	**3=Mbala nionso**	**4=Seko**				
A	Moto moko asila kofinga yo na bokundeleli yo bokono bwa Ebola				0	1	2	3	4
B	Bato bamilakisa o boso bwa yo na elongi ya mpasi mpo etali bokono bwa Ebola				0	1	2	3	4
C	Obwakisamaki				0	1	2	3	4
D	Moto moko aboyaki kopesa yo mbote to lolenge esengeli				0	1	2	3	4
E	Batiolaki to basekaki yo na motindo ndenge na ndenge				0	1	2	3	4
F	Moto moko aboyaki kosolisa yo (kopesa yo maloba)				0	1	2	3	4
G	Moto moko aboyaki kotekela yo biloko				0	1	2	3	4
H	Moto moko aboyaki kosombela yo biloko				0	1	2	3	4
I	Baboti ba yo babungisaki mosala to mombongo bwa bango				0	1	2	3	4
J	Kopani yoko eboyaki kozwa baboti ba yo na mosala				0	1	2	3	4
K	Eteyo yoko eboyaki koyamba yo				0	1	2	3	4
L	Bandeko ba mpembeni mpe bato basusu bapekisaki yo azongela ndaku ba yo				0	1	2	3	4
M	Batoba etuluku (quartier) babebisaki ndako ya baboti ba yo				0	1	2	3	4
N	Bandeko lya libota ba yo baboyaki kozwa yo (koyamba yo) epayi ya bango zambi obelaki bokono bwa Ebola				0	1	2	3	4
O	Na ngala ya yo, baboti ba yo bayi te ozonga na ndako				0	1	2	3	4
P	Mbele ozali kokanisa te bato bazali kokima yo				0	1	2	3	4
Q	Mbele okanisi te babwakisi yo				0	1	2	3	4
R	Mbele okanisi te bato bazali kobanga yo				0	1	2	3	4
S	Ozalaki na bizalela ya kokima lokola kobanga kofanda epay ya yo na bobangi te esala yo mpasi to obwakisama				0	1	2	3	4

5. Botangi bwa boleli na ekweela enâ

Mokebisi : Tobondeli yo te otondisa na milingo miye milandi, na botii nkoma to to elombo na esika eye ekokani mpenza, lolenge obikelaki na mbala ya suka bokono bwa Ebola boye bobimaki mpe na ùwa ngonga sima ya bokono (ozinga yoko to esusu). Soko molongo moko mokoani te na maye obikelaki o bokono bona ozinga (ya solo mpenza te).

		Ya solo solo	Solo moko	Ezali nde solo	Bosolo boye	Solo mpenza
1	Nakokaki te ata kosala eloko yoko					
2	Nayokaki mawa mpe mpi					

3	Nazalaki na kobanga-banga mpe nkanda mpamba te nakokaki lisusu kosala eloko te					
4	Nazalaki na bobangi mpo ya bobangi ya nga-mei					
5	Namonaki te nasalaki eloko te (bobr bwa ngai)					
6	Nayokaki nsoni na ezalela eye etalaki ngai o nzoto					
7	Nazalaki na mawa mpo ya bobangi bwa basusu					
8	Namonaki lokola te nakobungisa maye na kosala te					
9	Namiyoka lisusu (o bomoto) o ezalela ya ngai					
10	Nayokaki ya kosuba mpe kosumba					
11	Nazwaki bobangi na maye namonoki					
12	Nabimaka mitoko o nzoto ya ngai, nalegaki mpe motema mobetaki makasi					
13	Nalingaki kokatswa					
14	Nakanisaki te nakokufa (nakowâ)					

6. Emateseli ya mpasi (kobanga)

Na mposo eye euti kosila, lolenge kani omiyokaki na ba mwa ngonga		**Te**	**Mwa moke**	**Yoko mbala**	**Na ba mwa ngonga**	**Ngonga inso**
A	Kolembe makasi, na ntina yoko te					
B	Mwa nkanda-nkanda					
C	Nkanda makasi, eloko yo ekitisaka kanda enâ te					
D	Namimonoki te nakomi nsuka					
E	Koningana mingi kimya te, manso likolo likolo					
F	Koningana makasi mpenza, kofanda esika yoko te					
G	Mawa-mawa					
H	Mawa-mawa makasi mpenza, ata eloko oyo ekokaki kozongisela ngai koseka					
I	Lokola te manso masalemaki se na makasi					
J	Malamu to bompamba					

7. Motangi ya bikweela biye bipesi bobangi

Tala montango bwa bikweela bya mpasi biye moto akoki kokutana na byango o bomoyi bwa ye. Na ekweela yoko-yoko, otsia elembo na esika yoko to bisaka ebele mpe olakisa te : (a) obikelaki yo moko ekweela ena ; (b) moto mususu abikelaki ekweela ena mpe yo ozalaki nzeneneke ;(c) oyokaki te moko ya bayebani ba yo abikelaki ekweela ena. Olakisa te bikweela binabibebisaki bomoi ba bato to bizokisaki mitema nto mpe bisalaki te bazwa (bakamata) basi na makasi

Bikweela		Ekwelaki	Nazalaki nzenekeke	Nayokaki	Ezalali o mosala na ga	Nayebi te	N/A
A	Koluka koboma						
B	Ekweela ya mokili (etingami na mokili) (moto makasi, mompepe makasi, mbula makasi, boningani bwa mabele, bongo na bongo)						
C	Moto makasi na bompanzani						
D	Likama lya nzela (likama lya motuka to lya masuwa, likama lya engbunduka, bopanzani bwa pepo, bgongo na bongo						
E	Likama likasi lya mosala mosala, na ndako, to o eloko ya bosepeli						
F	Bopanzani bwa biloko bibe (bisaleli bye bombe to biloko bisusu bibe)						
G	Bitumba bya nzoto (babundisi yo, babeti, bazokisi na mbeli, bibotu, to bobeti na makolo)						
H	Bakoteli nyo na mandoki (ozokisami na mandoki to mbeli epotu, baluki kobundisayo na mbeli, mandoki to bombe, bongo na bongo						
I	Boluki mwasi na makasi (kozwa mwasi na makasi, koluka kozwa mwasi na makasi nyonso oyo ezali kozaq muasi na makasi, bongo na bongo						
J	Ekweela esusu oyo moto alingi te to alingisami te ya bozwi mwasi na makasi (bozwi bana bake na makasi)						
K	Kosangana na baye batali bitumba bya mandoki to elongi ya yo o biska biye						

	bitumba (nabato ba sokoto to te)						
L	Bokangami (bawzui yo, balongoli yo to bakangi yo na makasi , batii yo o boloko lokola te mokangami wa bitumba, bongo na bongo						
M	Bokono to bozoki boye boti bomoi bwa yo na nkaka						
N	liwa lya makasi (koboma, komiboma, bongo na bongo)						
O	Liwa lya mbalankaka liye ozilaki te lya ndeko wa pembeni						
P	Bozoki bwa nsomo (mpota ekasi), likama to liwa opesi na moto (obomi moto)						
Q	Esusu, eye okoàki kobakisa						

8. PTSD...

Talamolongo mwa makambo maye batubatunaka na mango yoko mbala likolo lya ekweela eye etungisaka. Tanga na bokebi mpenza maye mankomami mpe nzinga motuya moko na loboko la mobali mpo na kolakisa lolenge kani likambo lina litungisaki yo na sanza eye eleki.

Ozinga motuya (0-4) oyo elakisi malamu mpenza lolenge likambo lina liyungisaki yo na sanza eye ya nsuka	**0=Te (ata moko te)**	**1= mbala yoko na mposo**	**2=mbala ibale to isato na mposo**	**3=mbala ineyi to itano na mposo**	**4=mbala motoba to koleka na mposo**

A	Maye malekaka mazongaka seko, ya mpasi mpe malingani na yo te, ekweela eye etungisaka ?	0	1	2	3	4
B	Ba ndoto ezongaka mpe ya mpasi ya ekweela etungisaka ?	0	1	2	3	4
C	Koyoka na mbalankaka lokola te ekweela etungisaka elingi kozongela ?	0	1	2	3	4
D	Kozalala na makanisi maye mabulunginyaka soko eloko yoko ezongisi na makanisi ma yo ekweela etungisaka ?	0	1	2	3	4
E	Koyanolaka o nzoto soko eloko yoko ekaniseli ekweela eye etungisaka ?	0	1	2	3	4
F	Kokima te mânâ mazongelaka seko, makanisi maye omiyokaka etingama na ekweela eye etungisaka ?	0	1	2	3	4
G	Kokima bato mpe biloko biye bikaniselaka yo ekweela eye etungisaka ?	0	1	2	3	4
H	Kozala na mpasi mpo te okanisaka makambo ma ntima ma yo ekweela eye etungisaka ?	0	1	2	3	4
I	Kozala na kondima ya mabe likolo lya yo moko, bato basusu ?	0	1	2	3	4
J	Komigangela to kogangela bato basusu mpo na kosunga na yo ekweela eye etungisaka ?	0	1	2	3	4

K	Kozala na makanisi ya mabe ebele lokola te bobangi, bobangi mwa nsomo, nkanda, komikitisa na likambo to nsoni ?	0	1	2	3	4
L	Kobungisa litomba mpo ya misala miye olingaki liboso ?	0	1	2	3	4
M	Komiyika mosika to kokatana na basusu ?	0	1	2	3	4
N	Kozala na mpasi ya koyoka makasi malamu ?	0	1	2	3	4
O	Koyoka nkanda ekasi, kozwa mitoki mya nkanda, to kosala na ndenge ya makasi ?	0	1	2	3	4
P	Kozwa makanisi malongobani te to mpe kozala etamboli eye ekoki kotia yo na nkanda ?	0	1	2	3	4
Q	Kozala na keba-keba, na bobengi to mpe na engele ?	0	1	2	3	4
R	Kosutuka na pete nyonso ?	0	1	2	3	4
S	Kozala na mpasi ya komiyingisa na kati ya kimya ?	0	1	2	3	4
T	Kozala na mpasi ya koyingela to mpe kobatela mpongi ?	0	1	2	3	4

9. Bobebi bwa moto (emateli ya bobebi bwa moto)

Likebisi : Lokosa boye ya bayanoli lozali na maboke zomi na misato mayebisami. Tanga na bopeto banso liboke lyoko lyoko, pono liloba liye lilembisami ; liye lilimboli malamu mpenza lolenge kani yo moko omiyokaki o mposo iye ibale ya nsuka, nabokitisi mpe na mokolo ya lelo na kati. Zinga bongo motuya moye mozali liboso lya maloba maye mayebisami, maye oponi. Soko na lisanga iya maboke maye mayebisami, okuti mayike mazali kolimbola ndenge moko oyo ozali koyoka, pono oyo ezali na motuya mwa likolo mpe zinga yango.

A	0	Nazali komiyoka mawa te
	1	Nazali komiyoka mawa
	2	Nazali komiyoka ntango inso mawa, nazali kokoka kobima te
	3	Nazali na mawa mpe na mawa mayike maye na koki kokumba te
B	0	Nazali ngai moko na bolembu te, to mpe na makanisi mabe te to mpo ya oyo ekoya
	1	Nazali na makanisi mabe ma bolembu na mpo etali oyo ekoya
	2	Mpo etali oyo ekoya ngai lobi, nazali na ntina yoko te ya kolikya
	3	Nazali koyoka te elikya ata yoko ezali te mpo ya oyo ekoyela ngai
C	0	Nazali ata koyoka likanisi yoko te ya bokwe bwa bomoi bwa ngai
	1	Nazali kolikya te nakweya na bomoi bwa ngai koleka bato ebele
	2	Soko natali bomoi bwa ngai baye baleki, nyonso nazali kotongola bokwei
	3	Nazali koyoka o nzoto bwa ngai te nakwei mobimba bwa bomoi na ngai moko
D	0	Nazali komiyoka mpenza te natondi te
	1	Nazali koyeba te kozwa litomba lilamu ya bokweela
	2	Nazali kobenda bosepeli ata moko ya ntina to nini
	3	Nazali kosepela te na manso
E	0	Nazali komikitisa te na likambo
	1	Nazali komiyoka mabe to nalongobani te na mwa eteni ya ngonga
	2	Namikisi nalikambo
	3	Namisambisi mabe mpenza nakolikya te nakokani ata na eloko moko te
F	0	Nazali te ya kosepela te, mpo ya ngai moko
	1	Nazali ya kosepela te mpo ya ngai moko
	2	Nazali na elengi te mpo ya ngai moko
	3	Nazali na elengi te mpo ya ngai moko
G	0	Nakanisi te komisala mabe
	1	Nakani te liwa ekoki kosikola ngai
	2	Nazali na myango ya semba mpo ya komiboma
	3	Soko nakokaki, nakomiboma

H	0	Nabungisi litomba te mpo ya bato basusu
	1	Sikawa nazali kotala mingi te mpo ya bato basusu likola kala
	2	Nabungisi litomba nyonso namekaki mpo ya bato basusu mpe
	3	Nazali na bolingo mingi te mpo ya bango
I	0	Nabungisi litomba liye namekaki mpo bato basusu, bango mpe batalaka ngai te
	1	Nazali na konzo ya kozua mokona na pete nyonso lokola na momesano te
	2	Nazali komeka te na bima mokolo to moto azangi mambi malamu
	3	Nazali na mpasi mingi mpo ya kozua mokano
J	0	Nazali na makasi te ya mozua ata mwa mokano
	1	Nazali komiyika te ‘te nazali mabe koleka liboso
	2	Nazali na bobangi ‘te nabima mokolo to moto azangi mambi malamu
	3	Nazalikomona lokola ‘te mbongwana ya libela iyingeli o nzoto ya ngai eye ezali kobimisa ngai ‘te nazangi mambi malamu
K	0	Nazali komona lokola ‘te nazali mabe mpe kokimisa
	1	Nazali kosala lisusu malamu koleka liboso
	2	Nasengeli lisusu kobakisa makasi mpo nabanda kosala eloko moko
	3	Nasengeli kosala makasi mingi mpo nasala nini to nini
L	0	Nazali ata na likoki lyoko te lya kosala ata mwa mabe
	1	Nazali ya kolemba te lokola momesano
	2	Nazali ya kolemba mingi na pete lokola momesano
	3	Kosala nyonso eye esengeli kosalema elembisaka ngai
M	0	Nazali na likoki lyoko te lya kosala mwa mosala bolei bwa ngai bozali seko bolamu
	1	Bolei bwa ngai bozali lisusu bolamu te lokola momesano
	2	Bolei bwa ngai bozali mingi na nse sikawa
	3	Nazalita mposa ya kolia te

10. Bobangi bokasi (mpasi)

Tala montangao mwa bilembo biye bipesamaka na bobangi. Tanga byango na bokebi mpenza, lakisa na bozingi motuya moye mokokani ; na ndelo to esika kanioyokakaki mpasi na yoko ya bilembo byango :

Na mposo ibale iye ileki na lokola okati	**0** Okati ya mikolo nsambo miye mileki nanyokwamaki	**1** Eloko te etungisaki	**2** Mua muke, mwa malamu mingi	**3** Moke kaka koku-ngai mingi tekasi nakokaki mba yango			
Oyoki te nzoto ezali kosala malamu te to mpe lokola bazali kotuba-tuba yango to mpe moto makasi				0	1	2	3
Makolo moto makolo mazali kolenga okoki te komisembola				0	1	2	3
Bobangi te ya mabe ekoma, molimo yiki-yiki manso mazali alima te				0	1	2	3
Motema mokomi kobeta mbangungu				0	1	2	3
Nabangisami				0	1	2	3
Nkanda-nkanda				0	1	2	3
Nayoki mpasi ya kopema				0	1	2	3
Maboko mazali kolenga				0	1	2	3
Kolenga, kotambola malamu te				0	1	2	3
Bobangi ya kobungisa bomiyebi bwa yo moko				0	1	2	3
Kopema na mpasi				0	1	2	3
Bobangi kokufa				0	1	2	3
Koyoka bobangi, kozala na kobanga				0	1	2	3
Bolei bwa mpasi, mpasi na libumu				0	1	2	3

Koyoka te okoki lisusu te kokatswa	0	1	2	3
Elongi kotela	0	1	2	3
Kotoka (esangani te na mulunge)	0	1	2	3

11. Bomeli masanga lopipi to bangi

Na eloko ya sanza ya zomi mibale iye ileki, mbala boni biloko biye ?	**1=namelaki**	**2=mikolo nionso te**	**3=libaku mbala yoko na sanza**	**4=nasuka ya mposo to mbala yoko to ibale**	**5=mbala isato to na lomingo**	**6=mikolo minso**
1	Masanga	1	2	3	4	5	6
2	Bangi (mbulu, mafuta, bongo na bongo	0	1	2	3	4	6
3	Bimela-mela bisusu (lopipi, gbololo)	0	1	2	3	4	6

12. Bokolongonu bwa molimo mobimba (GHQ12)

A	Sikawa okoki komipesa na maye manso ozali kosa ?	Loleka momesano	Lokola momesano	Momesano mabe	Momesano mabe mpenza
B	Sikawa ozangi mpongi mpo ya makanisi ma yo ?	Eloko te	Koleka momesano te	Koleka momesano mwa moke	Koleka momesano mpenza
C	Sikawa ozali na esengo ya kosala mosala mwa lotmo/ntina o bomoi bwa yo ?	Koleka momesano	Lokola momesano	Ezali lotomo te koleka momesano	Ezali na ntina mpenza te koleka momesano
D	Sikawa, okoki ko kamata ba meko to mikano ?	Koleka momesano	Lokola momesano	Momesano mabe	Momesano mabe mpenza
E	Sikawa, omiyoki mbala na mbala ‘te ofongwami to ozali na nsomo ?	Eloko te	Koleka momesano	Koleka mwa momesano moke	Koleka momesano mingi mpeza
F	Sikawa, omiyoki ‘te okoki kondima mikakatona na yo te ?	Eloko te	Koleka momesano	Koleka mwa momesano moke	Koleka momesano mpeza
G	Sikawa okoki kondima misala mya yo ya mokolo na mokolo malamu ?	Koleka momesano	Lokola momesano	Momesano mabe	Momesano mabe mpenza
H	Sikawa ozali na makoki ya kobongisa ba kbokoso to makambo mya yo ?	Koleka momesano	Lokola momesano	Momesano mabe	Momesano mabe mpenza
I	Sikawa ozali moto na mawa mpe omilembisi ?	Eloko te	Koleka momesano	Koleka mwa momesano moke	Koleka momesano mpeza
J	Sikawa obungisi elikya o kati yay o mei ?	Eloko te	Koleka momesano	Koleka mwa	Koleka momesano mpeza

				momesano moke	
K	Sikawa omimoni lokola moto azali na ntima te ?	Eloko te	Koleka momesano	Koleka mwa momesano moke	Koleka momesano mpeza
L	Sikawa omimoni moto mwa makanisi malamu, ondimami na manso ?	Koleka momesano	Lokola momesano	Momesano mabe	Momesano mabe mpenza

13. Makanisi mpe bizalela biye biboka

A. Osilakokanisa na bonsomi bonso koluka komiboma ?

☐Te oyanoli te ? leka na motuna na zomi na minei

☐Iyo oyambi iyo ? leka na motuna moye molandi

B. Omeka komiboma ?

☐ Mbala yoko

☐ Koleka mbala yoko

14. Pona eyano eye elakisi malamu maye okanisi

Tonronto Alexithymia Scale (TAS)

A	Ezali mawa mpasi mpoya ya ngai nazwa biteni ya maloba masolo mpo naloba maye nayokaka	**Iyo**	**Te**
B	Soko makanisi na ngai mabulunginyi nayebi soko nazali na mawa, soko nazali kobanga to kolimbola	Iyo	Te
C	Nayokaka te maye nakoki koloba to kolimbola	Iyo	Te
D	Maye nayokaka masangani	Iyo	Te
	Self description questionnaire		
E	Na manso, nalingaka te ndenge nazali	Iyo	Te
F	Manso masangani, nazali nantina mpenza ya kozala na esongo mpo ya ngai moko	Iyo	Te
G	Nazali na mabongi mingi	Iyo	Te
H	Soko nasili likambo lyoko, nasalaka lyango malamu	Iyo	Te
I	Nalingaka lolelnge langai ya nzoto	Iyo	Te
	Connor-Davidson Resilience Scale-2 (CD-RISC)		
J	Nazali na konzo ya komesane na mbongwana	Iyo	Te
K	Nazali na momesano mwa komizongisa lisusu nsima ya ekweela ya mpasi	Iyo	Te
	Back Hopelessness Scale BHS		
L	Nawelaka te nayeba maye makoya na elikya mpe na esengo	Iyo	Te
M	Soko makanisi maye makoya, nazilka te nazala na esengo	Iyo	Te
N	Lobi (oyo ekoya) ezali mpenza polele te mpe eyebani te	Iyo	Te

15. Libongi lya bomoi (WHOQOL-BREF)

Mituya miye milandi mizali koloba (kolakisa maye oyokaka) lolenge la yo la bobikeli sikawa. Eyano ata moko te ezali semba, ezali liboso mpenza ya yo moko

A	Lolenge kani omeka libongi iya bomoi bwa yo ?	Mabe mpenza ☐	Mabe ☐	Mabe malamu mpe te ☐	Malamu ☐	Malamu mpenza ☐
B	Ozali kosepela mpo ya bokolongono bwa nzoto ya yo ?	Nasepeli mpenza te ☐	Nasepeli te ☐	Ata moke te ☐	Yakosepela ☐	Kosepela mpenza ☐

C	Nzoto mpasi epekisaka yo osala maye ozali nango mposa ?	Ata moke te ☐	Moke ☐	Na kati-kati ☐	Mingi ☐	Eliki mpenza ☐
D	Ozanli na mposa ya lisungi ya monganaga mikolo minso ?	☐	☐	☐	☐	☐
E	Olingi bomoi bwa yo ?	☐	☐	☐	☐	☐
F	Okanisi ‘te bomoi bwa yo bozali na ntina ?	☐	☐	☐	☐	☐
G	Ozali na nkonzo ya komiyingisa o nta ntei ya yo ?	☐	☐	☐	☐	☐
H	Omiyokaka na bokengi na bomoi bwa yo bwa mokolo na mokolo ?	☐	☐	☐	☐	☐
I	Ofandaka na esika ya peto ?	☐	☐	☐	☐	☐
J	Ozali na makasi makoki na bomoi bwa yo bwa mokolo na mokolo ?	☐	☐	☐	☐	☐
K	Ondimaka lolenge na nzoto ya yo ?	☐	☐	☐	☐	☐
L	Ozali na mosolo mikolo mpona kokisa mposa ya yo ?	☐	☐	☐	☐	☐
M	Ozali na makoki ma kozua ba nsango isengeli mpo na bomoi bwa yo bwa mikolo minso ?	☐	☐	☐	☐	☐
N	Ozuaki libaku ya kosakana (kosepela) ?	☐	☐	☐	☐	☐
O	Otambolaka lolenge kani ?	Na mpasi mpenza ☐	Na mpasi ☐	Mwa pete ☐	Na pete ☐	Na pete mpenza ☐
P	Osepelaka na mpongi ya yo ?	Nasepeka mpenza ☐	Nasepelaka te ☐	Ya kosepela te na kosepela ☐	Nasepelaka ☐	Nasepelaka mpenza ☐
Q	Osepelaka na lolenge la yo la kosalamisala mya yo mya mokolo na mokolo ?	☐	☐	☐	☐	☐
R	Osepelaka na lolenge la yo la kosala mosala mwa yo (mosala mwa maboko, leta…) ?	☐	☐	☐	☐	☐
S	Osepelaka na yo moko ?	☐	☐	☐	☐	☐
T	Osepelaka na efandeli (bandeko, bombebani) ya yo na basusu ?	☐	☐	☐	☐	☐

U	Osepelaka bomoi bwa yo bwa bozui mwasi (to mobali) ?	☐	☐	☐	☐	☐
V	Osepelaka na lisungi lya baninga ba yo ?	☐	☐	☐	☐	☐
W	Osepelaka na esika bwa yo ya bofandi ?	☐	☐	☐	☐	☐
X	Osepelaka na bokoti bwa yo na esika eye basalisaka bato (bokolongono bwa nzoto) ?	☐	☐	☐	☐	☐
Y	Osepelaka na esaleli ya yo ya kotambola ?	☐	☐	☐	☐	☐
Z	Ozalaka mingi na makanisi ya mabe lokola : mawa na boloti, komono 'te osuki (manso masili), mawa makasi, makasi ma nzoto mpe ma moto masili ?	Te ☐	Mbala esusu ☐	Mwaba mbala ☐	Mingi mingi ☐	Ngonga inso ☐

16. Lisungi lya bomoto (MSPSS)

Makebisi : tolingi koyeba makinisi mayo na malobaba maye. Tanga na bokebi na liliba lyoko-lyoko. Lakisa boni boni ozali komiyoka mbala inso. N[illegible]ni eye :

		Manso mandimami te			Manso mandimami			
A	Ezali na moto moko mpenza oyo azali wana soko nasengeli naye	1	2	3	4	5	6	7
B	Ezali na moto mpenza oyo nakoki kokabola naye bisengo mpe mpasi ya ngai	1	2	3	4	5	6	7
C	Libota lya ngai emekaka mpenza kosalisa ngai	1	2	3	4	5	6	7
D	Nazwaka ona libota lya ngai lisalisi liye nasengeli na lyango likolo ya ekweele eye	1	2	3	4	5	6	7
E	Nayebi moto moko mpenza oyo azali liziba lya solo ya bolendisi mpo ya ngai	1	2	3	4	5	6	7
F	Baninga ban gai bamekaka solo kosalisa ngai	1	2	3	4	5	6	7
G	Nakoki kolikya solo epay ya baninga na ngai soko makambo mazali kokende mabe	1	2	3	4	5	6	7
H	Nakoki kosolola nalibota lya ngai na oyo etali makombo na ngai	1	2	3	4	5	6	7
I	Nazali na baninga baye nakoki kokabola na bango bisengo mpe mpasi	1	2	3	4	5	6	7
J	Ezali na moto moko oyo azali na ntima mpenza o bomoi bwa ngai, oyo azali komitungisa na maye nazali koyoka	1	2	3	4	5	6	7
K	Libota lya ngai lizali mpene mpo ya kosunga ngai nazwa mikano	1	2	3	4	5	6	7
L	Nakoki kosolola makambo ma ngai na baninga	1	2	3	4	5	6	7

17. Bokasi bwa yo moko bopanzani

Tanga na bokebi mologo. Zinga moye olimboli malamu		**Solo mpenza**	**Kaka sika nde solo**	**Kati-kati solo**	**Manso solo mpenza**
A	Nakoki seko ngai moko kosilisa makambo ma ngai, nazali komeka kozala makasi				

B	Soko moto moko andimi makanisi ma ngai te nakoki koluka lolenge kani nazua maye naluli				
C	Ezali pete mpo ya ngai ya kotikala na bokebi mpo na manigani te nakokisa				
D	Nazali na kondima te nakoki kobunda makasi na bikweela biye nazalaki te				
E	Likolo lya bomilukiluki bwa ngai nayebi boni nasengeli kosala mpo na maye makoki koyela ngai				
F	Nakoki kozwa eyano na miyike makambo ma ngai soki natii makasi na maye makoki				
G	Nakoki kotikala kimia soko nakutani na kbokoso mpamba te nazali na lipombo na nzebi ya ngai liboso lya makambo				
H	Soko nakutani na kbokoso nakoki ngonga inso kozwa biyano biyeke				
I	Soko nakangemi nakoki bomomesano kokanisa te nakoki kosala				
J	Ata nani oyo esengeli kokoma nazali na konzo ya kobunda				

18. Myango mya losambo

Sikawa toko senga na yo okanisa likolo lya mbala ya nsuka bokono bwa Ebola mpe na lolenge kani yo olakisaki ezalela ya yo. Yanola na motuna moko na botia elembo o esika eye ekokani mpenza na lolenge loye yo obikwelaki okweela ena. Yanola na bosembo mpenza komitungisa te likolo lya maye bato balingaki kosala soko bazalaki o esika ya yo		**Solo te**	**Ngonga na ngonga**	**Mingi mingi**	**Seko seko**
A	Nalukaki bolingo mpe bobateli bwa Nzambe				
B	Nalukaki lisalisi lya Nzambe mpo na kolongola nkanda				
C	Nasalaki makasi nalisalisi lya Nzambe mpo na kokisa myango mya ngai miye nabandaki kosala				
D	Nasalaki makasi mpo na kotala boni boni Nzambe okokati komeka kokomisa ngai lisusu makasi o boso bwa likambo liye				
E	Nasengelaki na bolimbisi bwa masumu				
F	Namingisaki o eyamba mpo te namitungisa te na maye matali makambo ma ngai				
G	Namitunaki soko Nzambe atiki ngai				
H	Namiyiki te nazui etumbu ya Nzambe likolo ya bozangi losambo				
I	Namituni nini nasala mpo te Nzambe apesa ngai etumbu motindo moye				
J	Namituni likolo lya bolingo bwa Nzambe mpo ya ngai				
K	Namituni soko eklezya ya ngai etika ngai				
L	Nakanisi Zabolo nde atumoli maye makomi				

M	Nalukaki lisalisi mpe botongoli bwa moto moko				
N	Namituni likolo lya mpifo ya Nzambe				

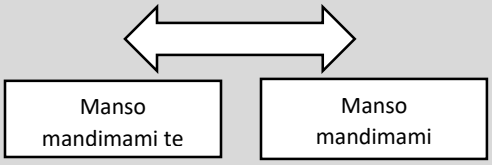
19. Myango

Sikawa toko senga na yo okanisa likolo lya mbala ya nsuka bokono bwa Ebola mpe na lolenge kani yo olakisaki ezalela ya yo. Yanola na motuna moko na botia elembo o esika eye ekokani mpenza na lolenge loye yo obikwelaki okweela ena. Yanola na bosembo mpenza komitungisa te likolo lya maye bato balingaki kosala soko bazalaki o esika ya yo :		**1 Solo te**	**2 Ngonga na ngonga**	**3 Mingi mingi**	**4 Seko seko**
A	Namibongoli na misala misusu mpo ya kobongola makanisi ma ngai	1	2	3	4
B	Natelemisi molongo mwa misala mpe nalandi yango	1	2	3	4
C	Namilobeli te ezaki solo te	1	2	3	4
D	Nameleki masanga mpe biloko bisusu mpo te nayoka malamu	1	2	3	4
E	Nalukaki lisungi iya ekweela ena epay ya bato basusu	1	2	3	4
F	Naboyaki kolunka kobongisa likambo lina	1	2	3	4
G	Namekaki kozwa lisungi o eklezya ya ngai to na biyamba bisusu	1	2	3	4
H	Nandimaki bosolo bwa bomoi bwa ngai bwa sika	1	2	3	4
I	Nalongolaki maye mazalaki o nta ntei ya ngai kitoko te na bolobaka	1	2	3	4
J	Nalukaki lisungi mpe malako ma bato masusu	1	2	3	4
K	Namekaki kotala likambo lina na lolenge lolamu mpenza	1	2	3	4
L	Namisosolaki	1	2	3	4
M	Nalukaki kobongisa mwango mpo ya maye matali oyo esengeli kosalama	1	2	3	4
N	Nalukaki lisungi mpe botongoli bwa moto moko	1	2	3	4
O	Nabwakaki elikia ya kobunda	1	2	3	4
P	Nayambaki likombo lyango na bosekisi	1	2	3	4
Q	Nasalaki mwa eloko yoko mpo ya kokanisa mingi te misala misusu misengeli koyebisa na babeli baye bazali to bazwami o lopitalo	1	2	3	4
R	Nalakisi bilembo bibe	1	2	3	4
S	Namekaki koluka malako to lisungi lya bato basusu na maye oyo masengelaki kosalema	1	2	3	4
T	Nasangisaki makasi ma ngai mpo na kosilisa likambo lina	1	2	3	4
U	Naboyaki kondima maye makomelaki ngai	1	2	3	4
V	Namekaki masanga mpe biloko bisusu mpo te esalisa ngai nasilisa likambo lina	1	2	3	4
W	Nayekoli kobikela bomoi bwa sika	1	2	3	4
X	Nabongisi maye ya kolandela	1	2	3	4
Y	Namibendaki matoyi na maye makomelaki ngai	1	2	3	4
Z	Naluki-luki maye ya malamu na maye manso makwelaki ngai	1	2	3	4
AA	Nasambeli mpe namanyoli	1	2	3	4

BB	Nasakani na likambo lina	1	2	3	4

20. Bokabwani

38. Naloboko la mobali la lokasa okokuta bitene nsambo, kobanda « yambo » (manso mandimami te) kino « nsambo » (manso mandimami). Linga to zinga eteni to motuya moye mokokani malamu na maye oyokaki, matali oyo elimbolami na lokasa loye. Ndakisa : « 1 » soko ozali apay yoko te, linga « 4 » mpe soko ondimi mpenza mpenza te, linga to zinga « 7 », bongo na bongo…



A	Nalongi na manso mpo ya komibisa na lolenge loko to losusu	1	2	3	4	5	6	7
B	Nazali na lipombo na maye manso nakokisi na bomoi bwa ngai	1	2	3	4	5	6	7
C	Nasalaka manso na kimya liboso lya makambo	1	2	3	4	5	6	7
D	Nazali na kondima kati na ngai moko	1	2	3	4	5	6	7
E	Nakanisi te nazali na konzo ya kosala makambo ebele mbala yoko	1	2	3	4	5	6	7
F	Nazali moto wa molende Manso mandimami	1	2	3	4	5	6	7
G	Nakoki koleka bileko bya mpasi mpamba te na bikelaki bikweela bya mpasi na mikolo mileki	1	2	3	4	5	6	7
H	Nalakisa elembo ya bomitosi	1	2	3	4	5	6	7
I	Nabombaka litomba mpo ya maye manso malekaka nzinga-nzinga ya ngai	1	2	3	4	5	6	7
J	Nazwaka momesano mwza libaku ya koseka	1	2	3	4	5	6	7
K	Komindima ngai moko esalisaka ngai te naleka bileko bya mpasi	1	2	3	4	5	6	7
L	Na ekweela ya mbalankaka, nazali moto oyo basengeli kolikya	1	2	3	4	5	6	7
M	Mbala esusu, namitindaka te nasala makambo nalingi to te	1	2	3	4	5	6	7
N	O ntango nazui likambo lya mpasi, nazuaka momesano ekuke ya kobima	1	2	3	4	5	6	7

Annexe 4: Enquête sur les conséquences de la maladie à virus Ébola Enfants et adolescents

Δ HYPER-IMPORTANT : Ton code personnel : Ce code est essentiel, car il nous permettra de lier ensemble les 2 questionnaires auxquels tu répondras tout en préservant ton anonymat.
Tes réponses aux questions suivantes vont permettre d'établir ton code personnel.
Quelles sont les 2 premières lettres du prénom de ta mère (exemple : **LY** pour LYNE) : ___ ___
Quelles sont les 2 premières lettres du prénom de ton père (exemple : **RE** pour RENÉ) :___ ___
Quelles sont les 2 premières lettres de ton prénom (exemple : **DA** pour DAVID) ___ ___

Δ Toutes petites consignes

Pour remplir le questionnaire, l'enquêteur va lire chaque consigne puisqu'elles sont différentes d'une section à l'autre. Réponds au meilleur de ta connaissance et le plus honnêtement possible : rappelles-toi qu'il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse.
Tes réponses sont très importantes. Elles vont permettre de mieux comprendre les conséquences de la maladie à virus Ébola sur la vie de la communauté et de mettre en place des services pour aider ceux et celles qui en ont besoin.

1. Informations générales Date : |__|__| |__|__| |__|__|

A. Sexe : 1. ☐ Garçon 2. ☐ Fille

B. Tu es né.e en : 1. ☐ Janvier 4.☐ Avril 7. ☐ Juillet 10. ☐ Octobre
2. ☐ Février 5.☐ Mai 8. ☐ Août 11. ☐ Novembre
3. ☐ Mars. 6.☐ Juin. 9. ☐ Septembre 12. ☐ Décembre

C. Quelle est l'année de ta naissance? _____

D. Quel est ton niveau de scolarité :
1. ☐ Aucun 2. ☐ Niveau primaire 3. ☐ Niveau secondaire
4. ☐ Niveau professionnel 5. ☐ Niveau universitaire

E. Quel est le niveau de scolarité de tes parents :
1. ☐ Aucun 2. ☐ Niveau primaire 3. ☐ Niveau secondaire
4. ☐ Niveau professionnel 5. ☐ Niveau universitaire

F. Tes parents Travaillent-ils ?
1. ☐ Oui 2. ☐ Non

G. Si oui, ils sont (leur métier actuel) : ……., en :
1. ☐ Employé (CDI) 2. ☐ Contractuel (CDD) 3. ☐ Fonctionnaire
4. ☐ Agriculteur 5. ☐ Chasseur 6. ☐ Commerçant

H. Es-tu en situation de handicap : 1. ☐ Oui 2. ☐ Non

I. Quelle est ta religion :
1. ☐ Catholique 2. ☐ Protestante 3. ☐ Animiste
4. ☐ Kimbanguiste 5. ☐ Musulmane

6. ☐ Autre (spécifiez)_____

J. Tu participes dans les cérémonies religieuses :

1. ☐ Très souvent 2. ☐ Souvent 3.☐ Parfois

4. ☐ Rarement 5. ☐ Jamais

K. Tu vis dans :

1. Chez de vos parents ☐ 2. Chez un membre de la famille (oncle, tante, etc… ☐ 3. Chez un ami de la famille ☐ 4. En domesticité ☐

5. Seul.e ☐ 6. Seule dans la rue ☐

7. En centre d'accueil ☐

L. Concernant tes parents, sont-ils ?

1. ☐ Mariés 2. ☐ Divorcés 3. ☐ Séparés 4. ☐ En couple

5. ☐ Morts (☐. Père ; ☐ Mère ; ☐ Les 2)

M. As-tu des frères et des sœurs ?

1. ☐ Oui 2. ☐ Non

Si oui, combien :_____ Ils sont âgés de : ____, _____, _____, _____, ____, ____, _____, ____, ____

Si oui, combien vont à l'école : _____

2. Child Ebola Knowledge and perception scale

Concernant la maladie à virus Ébola : 0 = Non 1= Oui 2 = Je ne sais pas

Connaissances et perceptions sur la prévention et le traitement Ebola

A.	Il est évitable en s'abstenant de contact avec les fluides corporels des personnes infectées (sueur, sang, urine, caca, salive, crachat…)	0	1	2
B.	Il est évitable en s'abstenant de contact avec le cadavre de personnes décédées d'Ébola	0	1	2
C.	Un traitement immédiat dans un Centre de Traitement Ébola augmente les chances de survie	0	1	2
D.	Un traitement immédiat dans un Centre de Traitement Ébola réduit les risques de propagation d'Ébola	0	1	2
E.	Il est évitable en s'abstenant de toucher un animal trouvé mort	0	1	2
F.	**Idées fausses sur la transmission, la prévention et le traitement d'Ebola**	0	1	2
G.	Il est transmissible par l'air ambiant	0	1	2
H.	On peut se protéger contre le virus Ébola en évitant les piqûres de moustiques	0	1	2
I.	Il est évitable en prenant un bain de sel et d'eau chaude	0	1	2
J.	Il peut être traité avec succès par des guérisseurs spirituels ou traditionnels	0	1	2

Prise de mesures pour éviter l'infection à virus Ébola

Pour éviter l'infection au virus Ébola, il faut :

K. Se laver les mains à l'eau et au savon plus souvent	0	1	2
L. Éviter tout contact physique avec les personnes suspectées d'avoir le virus Ébola	0	1	2
M. Éviter les foules	0	1	2
N. Envoyer un membre de la famille dans un centre de traitement Ébola, s'il présente les symptômes	0	1	2
O. Cacher un membre de la famille des voisins et des autorités de santé, s'il présente les symptômes	0	1	2

Intentions si un membre de la famille est décédé à la maison

P. Laverait ou toucherait le corps si un membre de la famille décédait d'une suspicion d'Ébola	0	1	2
Q. Accepterait qu'une équipe d'inhumation se charge du corps si un membre de la famille décédait d'une suspicion d'Ébola	0	1	2
R. Accepterait des alternatives aux enterrements traditionnels qui n'impliquent pas de contact physique avec un cadavre si un membre de la famille décédait d'une suspicion d'Ébola	0	1	2
S. Accepterait d'observer l'enterrement à distance de sécurité	0	1	2

3. Degré d'exposition à LVE

Concernant la maladie à virus Ébola :	Oui	Non
R. As-tu été dans une ville ou un village où des personnes sont tombées malades du virus Ébola ?		
S. As-tu été dans un quartier où des personnes sont tombées malades du virus Ébola		
T. Connais-tu personnellement des personnes qui sont tombées malades du virus Ébola		
U. As-tu été en contact avec quelqu'un qui n'est pas de ta famille et qui par la suite est tombée malade du virus Ébola ?		
V. Un ami a été malade du virus Ébola ?		
W. Un membre de ta famille a été malade du virus Ébola ?		
X. Un membre de ta famille habitant la même maison que toi a été malade du virus Ébola ?		
Y. Tu as soigné un membre de ta famille ou un ami ayant été malade du virus Ébola ?		
Z. Un ami est mort du virus Ébola		
AA. Un membre de ta famille est mort du virus Ébola ?		
BB. Tu as toi-même été malade du virus Ébola ?		
CC. As-tu été hospitalisé dans un centre de traitement du virus Ébola ?		
DD. As-tu participé dans des funérailles de personnes mortes du virus Ébola ?		
EE. As-tu touché des corps de personnes mortes de la maladie à virus Ébola ?		

FF. Fais-tu partie d'une équipe soignante ?		
GG. Fais-tu partie d'une équipe de gestion des corps de personnes mortes à la suite de la maladie à virus Ébola ?		
HH. Es-tu devenu handicapé à cause de la maladie à virus Ébola ?		

4. Échelle de stigmatisation liée à la maladie à virus Ébola

A cause de la maladie à virus Ébola :	0 = Jamais	1 = Rarement	2 = Parfois	3 = Souvent	4 = Toujours
U. Quelqu'un t' a injurié en faisant référence à la maladie à virus Ébola.	0	1	2	3	4
V. Des personnes se sont montrées inconfortables en ta présence à cause de la maladie à virus Ébola.	0	1	2	3	4
W. Tu as été rejeté.	0	1	2	3	4
X. Quelqu'un a refusé de te serrer la main ou de te saluer correctement.	0	1	2	3	4
Y. Tu as fait l'objet de moqueries ou autres attitudes du même genre.	0	1	2	3	4
Z. Quelqu'un a refusé de t'adresser la parole.	0	1	2	3	4
AA. Quelqu'un a refusé de te vendre des produits.	0	1	2	3	4
BB. Quelqu'un a refusé de t'acheter des produits.	0	1	2	3	4
CC. Tes parents ont perdu leur travail ou commerce.	0	1	2	3	4
DD. Une entreprise a refusé d'employer tes parents.	0	1	2	3	4
EE. Une école a refusé de te recevoir.	0	1	2	3	4
FF. Des voisins et autres personnes t'ont empêché de retourner dans ton habitation.	0	1	2	3	4
GG. Les habitants de ton quartier ont détruit l'habitation de tes parents.	0	1	2	3	4
HH. Des membres de ta famille ont refusé de te prendre chez eux à cause de l'Ébola.	0	1	2	3	4
II. A ton retour, tes parents ont refusé que tu reviennes à la maison.	0	1	2	3	4
JJ. Tu as l'impression que des gens t'évitent.	0	1	2	3	4
KK. Tu as l'impression d'être rejeté.e.	0	1	2	3	4
LL. Tu as l'impression que des personnes ont peur de toi.	0	1	2	3	4
MM. Tu as des comportements évitant comme rester chez toi par peur d'être stigmatisé..e. ou rejeté.e.	0	1	2	3	4

5. Inventaire de détresse péritraumatique (IDP)

INSTRUCTIONS : **Complète s'il te plait les énoncés qui suivent, en cochant la case qui correspond au mieux ce que tu as ressenti durant la dernière épidémie de la maladie à virus Ébola, et quelque temps après (entoure l'un ou l'autre). Si un énoncé ne s'applique pas à ton expérience de l'épidémie, entoure « Pas du tout vrai ».**

	Pas du tout vrai	Un peu vrai	Plutôt vrai	Très vrai	Extrêmement vrai
1) Je me sentais totalement incapable de faire quoi que ce soit.					
2) Je ressentais de la tristesse et du chagrin.					
3) Je me sentais frustré(e) et en colère car je ne pouvais rien faire de plus.					
4) J'avais peur pour ma propre sécurité					
5) Je me sentais coupable.					

6) J'avais honte de mes réactions émotionnelles.					
7) J'étais inquiet(e) pour la sécurité des autres.					
8) J'avais l'impression que j'allais perdre le contrôle de mes émotions.					
9) J'avais envie d'uriner et d'aller à la selle.					
10) J'étais horrifié(e) de ce que j'avais vu.					
11) J'avais des réactions physiques comme des sueurs, des tremblements et des palpitations.					
12) J'étais sur le point de m'évanouir.					
13) Je pensais que j'allais mourir.					

6. Échelle de détresse psychologique de Kessler (K10)

Au cours de la semaine qui vient de s'écouler, à quelle fréquence t'es-tu senti.e	**Jamai**	**Rareme**	**Parf**	**La plupart du temps**	**Tout le**
A. Épuisé/e sans véritable raison.					
B. Nerveux ou nerveuse.					
C. Si nerveux ou nerveuse que rien ne pouvait te calmer.					
D. Désespéré/e.					
E. Agité/e ou ne tenant pas en place.					
F. Si agité/e que tu ne pouvais pas rester immobile.					
G. Triste ou déprimé/e.					
H. Si déprimé/e que plus rien ne pouvait te faire sourire.					
I. Comme si tout était un effort.					
J. Bon ou bonne à rien.					

7. Liste des événements potentiellement traumatiques

Voici une liste de situations difficiles ou stressantes qu'une personne peut avoir à traverser dans sa vie. Pour chaque situation, cocher une ou plusieurs cases pour indiquer que : (**a**) tu as vécu **personnellement** une telle situation ; (**b**) Une autre personne a vécu une telle situation et **tu en as été témoin** ; (**c**) **Tu as appris** qu'un de tes proches a vécu une telle situation. N'indique que les événements qui ont impliqué une menace vitale, une blessure grave ou de la violence sexuelle.

Événements	**Cela m'est arrivé**	**J'en ai été témoin**	**Je l'ai appris**	**Fait partie de mon travail**	**Je ne sais pas**	**N/A**
S. Attentat	☐	☐	☐	☐	☐	☐
T. Catastrophe naturelle (incendie, ouragan, tornade, tremblement de terre, etc.)	☐	☐	☐	☐	☐	☐

U. Incendie ou explosion	☐	☐	☐	☐	☐	☐
V. Accident de la route (accident de voiture ou de bateau, déraillement de train, écrasement d'avion, etc.)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
W. Accident grave au travail, à domicile, ou pendant des occupations de loisirs	☐	☐	☐	☐	☐	☐
X. Exposition à une substance toxique (produits chimiques dangereux, radiation, etc.)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Y. Agression physique (avoir été attaqué, frappé, poignardé, battu, reçu des coups de pieds)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Z. Attaque à main armée (avoir été blessé par une arme à feu ou une arme tranchante, avoir été menacé avec un couteau, une arme à feu ou une bombe, etc.)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
AA. Agression sexuelle (viol, tentative de viol, être obligé d'accomplir tout acte sexuel par la force ou sous des menaces).	☐	☐	☐	☐	☐	☐
BB. Autre expérience sexuelle non désirée et désagréable (abus sexuel en enfance)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
CC. Participation à un conflit armé ou présence dans une zone de guerre (dans l'armée ou comme civil)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
DD. Captivité (avoir été kidnappé, enlevé, pris en otage, incarcéré comme prisonnier de guerre, etc.)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
EE. Maladie ou blessure mettant la vie en danger	☐	☐	☐	☐	☐	☐
FF. Mort violente (homicide, suicide, etc.)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
GG. Mort subite et inattendue d'un proche	☐	☐	☐	☐	☐	☐
HH. Blessure grave, dommage ou mort causée par vous à quelqu'un	☐	☐	☐	☐	☐	☐
II. Toute autre expérience très stressante (négligence sévère dans l'enfance, torture)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
JJ. Autre, préciser ……..	☐	☐	☐	☐	☐	☐

8. THE CHILD PTSD SYMPTOM SCALE FOR DSM-V (CPSS-V SR)

Ces questions portent sur ce que tu as ressenti par rapport à ce qui t'as bouleversé. Lis attentivement chaque question. Puis encercle le chiffre (0-4) qui décrit le mieux la fréquence à laquelle ce problème t'a dérangé AU COURS DU DERNIER MOIS.

0 =	1 =	2 =	3 =	4 =
Pas du tout	Une fois par semaine ou moins / un peu	2 à 3 fois par semaine / souvent	4 à 5 fois par semaine / beaucoup	6 fois ou plus par semaine / presque toujours

A. As-tu eu des pensées ou des images bouleversantes concernant ce sujet qui te sont venues à l'esprit lorsque tu ne le voulais pas ?	0	1	2	3	4
B. As-tu fait de mauvais rêves ou des cauchemars à ce sujet ?	0	1	2	3	4

C.	As-tu agi ou t'es-tu senti.e comme si cela se reproduisait (voir ou entendre quelque chose et se sentir comme si cela se passait à nouveau) ?	0	1	2	3	4
D.	T'es-tu senti.e bouleversé.e quand tu te rappelles de ce qui est arrivé (par exemple, sentir la peur, la colère, ou te sentir triste, coupable, confus) ?	0	1	2	3	4
E.	As-tu eu des sensations dans ton corps lorsque tu te souviens de ce qui s'est passé (par exemple, transpiration, palpitations, mal au ventre ou à la tête) ?	0	1	2	3	4
F.	As-tu essayé de ne pas y penser ou d'avoir des sentiments à ce sujet ?	0	1	2	3	4
G.	As-tu essayé de rester à l'écart de tout ce qui te rappelle ce qui s'est passé (par exemple, des personnes, des lieux ou des conversations à ce sujet) ?	0	1	2	3	4
H.	N'as-tu pas été capable de te souvenir d'une partie importante de ce qui s'est passé ?	0	1	2	3	4
I.	As-tu eu de mauvaises pensées sur toi-même, les autres ou le monde (par exemple, « Je ne peux rien faire de bien », «Tout le monde est mauvais», «Le monde est effrayant») ?	0	1	2	3	4
J.	As-tu pensé que ce qui s'est passé est de ta faute (par exemple, « J'aurais dû mieux savoir », « Je n'aurais pas dû le faire», «Je le méritais») ?	0	1	2	3	4
K.	As-tu eu des sentiments très négatifs (comme la peur, la colère, la culpabilité ou la honte) ?	0	1	2	3	4
L.	As-tu eu beaucoup moins d'intérêt à faire des choses que tu faisais autrefois	0	1	2	3	4
M.	As-tu des difficultés à te sentir proche des gens ou ne pas avoir envie d'être avec eux ?	0	1	2	3	4
N.	As-tu eu de la difficulté à ressentir de bons sentiments (comme le bonheur ou l'amour) ou des difficultés à ressentir peu importe le sentiment ?	0	1	2	3	4
O.	T'es-tu mis.e facilement en colère (par exemple, crier, frapper les autres, jeter des objets) ?	0	1	2	3	4
P.	As-tu fait des choses qui pourraient te blesser ou te faire mal (par exemple, prendre de la drogue, boire de l'alcool, fuir, se couper) ?	0	1	2	3	4
Q.	Avez-vous été très prudent ou aux aguets (par exemple, en vérifiant les gens autour de vous et ce qui a autour de vous) ?	0	1	2	3	4
R.	As-tu été sursauté ou facilement effrayé (par exemple, quand quelqu'un marche derrière toi, quand tu entends un bruit fort) ?	0	1	2	3	4
S.	As-tu eu de la difficulté à être attentif (par exemple, perdre le fil d'une histoire à la télévision, oublier ce que tu lis, être incapable d'être attentif en classe) ?	0	1	2	3	4
T.	As-tu eu de la difficulté à t'endormir ou à rester endormi ?	0	1	2	3	4

Dans quelle mesure ces symptômes ont-ils perturbé ta vie quotidienne ?

U.	Faire vos prières	0	1	2	3	4
V.	Tâches ménagères et devoirs à la maison	0	1	2	3	4
W.	Relations avec tes amis	0	1	2	3	4
X.	Activités amusantes et de loisirs	0	1	2	3	4
Y.	Travaux scolaires	0	1	2	3	4
Z.	Relations avec ta famille	0	1	2	3	4
AA.	Généralement heureux dans ta vie	0	1	2	3	4

9. Inventaire de dépression chez l'enfant

Consigne : Il arrive que les enfants n'aient pas toujours les mêmes sentiments et les mêmes idées. Ce questionnaire te donne une liste par groupe de sentiments et d'idées. Dans chaque groupe, choisis une phrase, celle qui décrit le mieux ce que tu as fait, ressenti, pensé**, au cours des deux dernières semaines**. Quand tu auras choisi ta phrase dans le premier groupe, tu passeras au suivant. Il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse. Choisis seulement la phrase qui décrit le mieux ta manière d'être ces derniers temps. Inscris une croix comme ceci X à côté de ta réponse, dans la case correspondant à la phrase que tu as choisie.

1.	1	Je suis triste de temps en temps
	2	Je suis triste très souvent
	3	Je suis triste tout le temps
2.	1	Rien ne marchera jamais bien pour moi
	2	Je ne suis pas sûr (e) que tout marchera bien pour moi
	3	Tout marchera bien pour moi
3.	1	Je réussis presque tout ce que je fais
	2	Je rate beaucoup de choses
	3	Je rate tout
4.	1	Des tas de choses m'amusent
	2	Peu de choses m'amusent
	3	Rien ne m'amuse
5.	1	Je suis désagréable tout le temps
	2	Je suis souvent désagréable
	3	Je suis désagréable de temps en temps
6.	1	De temps en temps, je pense que des choses désagréables vont m'arriver
	2	J'ai peur des choses désagréables m'arrivent
	3	Je suis sûr-e que des choses horribles vont m'arriver
7.	1	Je me déteste
	2	Je ne m'aime pas
	3	Je m'aime bien
8.	1	Tout ce qui ne va pas est de ma faute
	2	Bien souvent, ce qui ne va pas est de ma faute

	3	Ce qui ne va pas n'est généralement pas de ma faute
9.	1	Je ne pense pas à me tuer
	2	Je pense à me tuer mais je ne le ferai pas
	3	Je veux me tuer
10.	1	J'ai envie de pleurer à tous les jours
	2	J'ai souvent envie de pleurer
	3	J'ai rarement envie de pleurer
11.	1	Il y a tout le temps quelque chose qui me tracasse (m'inquiète)
	2	Il ya souvent quelque chose qui me tracasse (m'inquiète)
	3	Il ya de temps en temps quelque chose qui me tracasse (m'inquiète)
12.	1	J'aime bien être avec les autres
	2	Souvent, je n'aime pas être avec les autres
	3	Je ne veux jamais être avec les autres
13.	1	Je n'arrive pas à me dècider entre plusieurs choses
	2	J'ai du mal à me décider entre plusieurs choses
	3	Je me décide facilement entre plusieurs choses
14.	1	Je me trouve bien physiquement
	2	Il y a des choses que je n'aime pas dans mon physique
	3	Je me trouve laid-e
15.	1	Je dois me forcer tout le temps pour faire mes devoirs
	2	Je dois me forcer souvent pour faire mes devoirs
	3	Ca ne me pose pas de problème de faire mes devoirs
16.	1	J'ai toujours du mal à dormir la nuit
	2	J'ai souvent du mal à dormir la nuit
	3	Je dors plutôt bien
17.	1	Je suis fatigué-e de temps en temps
	2	Je suis souvent fatigué-e
	3	Je suis tout le temps fatigué-e
18.	1	La plupart du temps, je n'ai pas envie de manger

	2	Souvent, je n'ai pas envie de manger
	3	J'ai plutôt bon appétit
19.	1	Je ne m'inquiète pas quand j'ai mal quelque part
	2	Je m'inquiète souvent quand j'ai mal quelque part
	3	Je m'inquiète toujours quand j'ai mal quelque part
20.	1	Je ne me sens pas seul-e
	2	Je me sens souvent seul-e
	3	Je me sens toujours seul-e
21.	1	Je ne m'amuse jamais à l'école
	2	Je m'amuse rarement à l'école
	3	Je m'amuse souvent à l'école
22.	1	J'ai beaucoup d'amis-es
	2	J'ai quelques amis-es, mais je voudrais en avoir plus
	3	Je n'ai aucun-e ami-e
23.	1	Mes résultats scolaires sont bons
	2	Mes résultats scolaires ne sont pas aussi bons qu'avant
	3	J'ai de très mauvais résultats dans des matières où j'avais l'habitude de bien réussir
24.	1	Je ne fais jamais aussi bien que les autres
	2	Je peux faire aussi bien que les autres si je le veux
	3	Je ne fais ni mieux ni plus mal que les autres
25.	1	Personne ne m'aime vraiment
	2	Je me demande si quelqu'un m'aime
	3	Je suis sûr que quelqu'un m'aime
26.	1	Je fais généralement ce qu'on me dit
	2	La plupart du temps, je ne fais pas ce qu'on me dit
	3	Je ne fais jamais ce qu'on me dit
27.	1	Je m'entends bien avec les autres
	2	Je me bagarre souvent
	3	Je me bagarre tout le temps

10. Anxiété

Voici une liste de symptômes courants dus à l'anxiété. Lis chaque symptôme attentivement. Indique, en encerclant le chiffre approprié, à quel degré tu as été affecté par chacun de ces symptômes ***au cours de la dernière semaine,*** aujourd'hui inclus.

Au cours des 7 derniers jours, j'ai été affecté(e) par...	0 Pas du tout	1 Un peu Cela ne m'a pas beaucoup dérangé(e)	2 Modérément C'était très déplaisant mais supportable	3 Beaucoup Je pouvais à peine le supporter			
Sensations d'engourdissement ou de picotement				0	1	2	3
Bouffées de chaleur				0	1	2	3
« Jambes molles », tremblements dans les jambes				0	1	2	3
Incapacité de se détendre				0	1	2	3
Crainte que le pire ne survienne				0	1	2	3
Étourdissement ou vertige,désorientation				0	1	2	3
Battements cardiaques marqués ou rapides				0	1	2	3
Mal assuré(e), manque d'assurance dans mes mouvements				0	1	2	3
Terrifié(e)				0	1	2	3
Nervosité				0	1	2	3
Sensation d'étouffement				0	1	2	3
Tremblements des mains				0	1	2	3
Tremblements, chancelant(e)				0	1	2	3
Crainte de perdre le contrôle de soi				0	1	2	3
Respiration difficile				0	1	2	3
Peur de mourir				0	1	2	3
Sensation de peur, «avoir la frousse»				0	1	2	3
Indigestion ou malaise abdominal				0	1	2	3
Sensation de défaillance ou d'évanouissement				0	1	2	3
Rougissement du visage				0	1	2	3
Transpiration (non associée à la chaleur)				0	1	2	3

11. Consommation d'alcool et de drogues

Au cours des 12 derniers mois combien de fois as-tu consommé ces produits ?	Pas consommé	À l'occasion	Une fois par mois environ	La fin de semaine ou 1 à 2 fois par semaine	3 fois et + par semaine mais pas à tous les jours	Tous les jours
4. Alcool	☐	☐	☐	☐	☐	☐

5. Cannabis (pot, marijuana, hachisch, huile, etc.)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
6. Chanvre	☐	☐	☐	☐	☐	☐
7. Autres drogues (ecstasy, amphétamines, speed, cocaïne, acide, etc.)	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Il peut être difficile de répondre à la question qui suit. Si tu sens que tu as besoin d'aide, nous t'encourageons à en parler avec l'agent psychosocial.

12. Idéations et comportements suicidaires

A. As-tu déjà <u>sérieusement</u> pensé à essayer de te suicider?

☐ Non **Tu as répondu non? Passe à la question 14.*

☐ Oui **Tu as répondu oui? Passe à la question suivante.*

B. As-tu déjà essayé de te suicider?

☐ Non → **C. Combien de fois as-tu essayé de te suicider?**

☐ Oui

☐ Une fois

☐ Plus d'une fois

13. Choisis la réponse qui décrit le mieux ce que tu penses.	**Faux**	**Plutôt faux**	**Parfois faux Parfois vrai**	**Plutôt vrai**	**Vrai**
Toronto Alexithymia Scale (TAS)					
O. C'est difficile pour moi de trouver les bons mots pour décrire mes émotions.					
P. Quand je suis troublé/e, je ne sais pas si je suis triste, si j'ai peur ou si je suis en colère.					
Q. Je ressens des émotions que je ne peux pas vraiment identifier.					
R. Je suis souvent mélangé/e face aux émotions que je ressens.					
Self Description Questionnaire					
S. En général, je m'aime comme je suis.					
T. Dans l'ensemble, j'ai beaucoup de raisons d'être fier/fière de moi.					
U. J'ai beaucoup de qualités.					
V. Quand je fais quelque chose, je le fais bien.					
W. J'aime mon apparence physique.					
Connor-Davidson Resilience Scale-2 (CD-RISC)					
X. Je suis capable de m'adapter au changement.					
Y. J'ai l'habitude de « me ressaisir » après un événement difficile.					
Beck Hopelessness Scale (BHS)					
Z. J'anticipe le futur avec espoir et enthousiasme.					

AA. Quand je considère l'avenir, je m'attends à être plus heureux/se que maintenant.					
BB. L'avenir me semble vague et incertain.					

14. Multidimensional Scale of Perceived Social Support

Instructions : Nous aimerions savoir ce que tu penses des déclarations suivantes. Lis attentivement chaque déclaration. Indique comment tu te sens par rapport à chaque énoncé à l'aide de l'échelle suivante :	Totalement en					Totalement en accord	
M. Il y a une personne en particulier qui est là quand j'en ai besoin	1	2	3	4	5	6	7
N. Il y a une personne en particulier avec laquelle je peux partager mes joies et mes peines	1	2	3	4	5	6	7
O. Ma famille essaie vraiment de m'aider	1	2	3	4	5	6	7
P. Je reçois de ma famille toute l'aide émotionnelle et le soutien dont j'ai besoin	1	2	3	4	5	6	7
Q. Je connais une personne en particulier qui est une vraie source de réconfort pour moi	1	2	3	4	5	6	7
R. Mes amis essaient vraiment de m'aider	1	2	3	4	5	6	7
S. Je peux compter sur mes amis quand les choses vont mal	1	2	3	4	5	6	7
T. Je peux parler de mes problèmes avec ma famille	1	2	3	4	5	6	7
U. J'ai des amis avec lesquels je peux partager mes joies et mes peines	1	2	3	4	5	6	7
V. Il y a quelqu'un de spécial dans ma vie qui s'inquiète de ce que je ressens	1	2	3	4	5	6	7
W. Ma famille est prête à m'aider à prendre des décisions	1	2	3	4	5	6	7
X. Je peux parler de mes problèmes avec mes amis	1	2	3	4	5	6	7

15. Auto-efficacité Généralisée

Lis attentivement chaque phrase et encercle le chiffre qui te décrit le mieux.	Pas du tout vrai	A peine vrai	Moyen-nement vrai	Totale-ment vrai
K. Je peux arriver toujours à résoudre mes difficultés si j'essaie assez fort.				
L. 2. Si quelqu'un s'oppose à moi, je peux trouver une façon pour obtenir ce que je veux.				
M. C'est facile pour moi de maintenir mon attention sur mes objectifs et accomplir mes buts.				
N. J'ai confiance que je peux faire face efficacement aux événements inattendus.				
O. Grâce à ma débrouillardise, je sais comment faire face aux situations imprévues.				
P. Je peux résoudre la plupart de mes problèmes si j'investis les efforts nécessaires.				
Q. Je peux rester calme lorsque je suis confronté à des difficultés car je peux me fier à mes habiletés pour faire face aux problèmes.				
R. Lorsque je suis confronté à un problème, je peux habituellement trouver plusieurs solutions.				

S. Si je suis "coincé", je peux habituellement penser à ce que je pourrais faire. T. Peu importe ce qui arrive, je suis capable d'y faire face généralement.				

16. Brief-RCOPE

Maintenant, nous allons vous demander de penser à la dernière épidémie de la maladie à virus Ébola et à la façon dont vous avez réagi face à elle. Répondez à chacune des affirmations suivantes en cochant la case qui correspond le mieux à la manière dont vous avez réagi dans cette situation. Répondez honnêtement sans vous soucier de ce que les gens auraient fait s'ils avaient été à votre place:	Pas du tout	De temps en temps	Sou-vent	Tou-jours
O. J'ai recherché l'amour et la protection de Dieu				
P. J'ai recherché l'aide de Dieu pour évacuer ma colère				
Q. Je me suis efforcé(e), avec l'aide de Dieu, de concrétiser mes projets en action				
R. Je me suis efforcé(e) de voir comment Dieu pourrait essayer de me rendre plus fort dans cette situation				
S. J'ai demandé(e) le pardon pour mes péchés				
T. Je me suis concentré(e) sur la religion pour ne plus m'inquiéter au sujet de mes problèmes				
U. Je me suis demandé si Dieu m'avait abandonné(e)				
V. Je me suis senti(e) puni(e) par Dieu pour mon manque de dévotion				
W. Je me suis demandé ce que j'avais fait pour que Dieu me punisse ainsi				
X. Je me suis interrogé sur l'amour que Dieu me porte				
Y. Je me suis demandé(e) si mon église m'avait abandonné				
Z. J'ai considéré que le Diable avait provoqué ce qui est arrivé.				
AA. J'ai recherché le soutien et la compréhension de quelqu'un.				
BB. Je me suis interrogé(e) sur le pouvoir de Dieu				

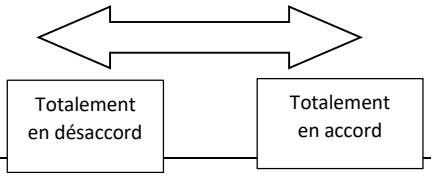
18. Brief COPE

Maintenant, nous allons te demander de penser à la dernière épidémie de la maladie à virus Ébola et à la façon dont tu as réagi face à elle. Réponds à chacune des affirmations suivantes en cochant la case qui correspond le mieux à la manière dont tu as réagi dans cette situation. Réponds honnêtement sans vous soucier de ce que les gens auraient fait s'ils avaient été à ta place:	1 Pas du tout	2 De temps en temps	3 Sou-vent	4 Touj-ours
A. Je me suis tourné vers d'autres activités pour me changer les idées.	1	2	3	4
B. J'ai déterminé une ligne d'action et je l'ai suivie.	1	2	3	4
C. Je me suis dit que ce n'était pas réel.	1	2	3	4
D. J'ai consommé de l'alcool ou d'autres substances pour me sentir mieux.	1	2	3	4
E. J'ai recherché un soutien émotionnel de la part des autres.	1	2	3	4
F. J'ai renoncé à essayer de résoudre la situation.	1	2	3	4

G.J'ai essayé de trouver du réconfort dans ma religion ou dans des croyances spirituelles.	1	2	3	4
H. J'ai accepté la réalité de ma nouvelle situation.	1	2	3	4
I. J'ai évacué mes sentiments déplaisants en en parlant.	1	2	3	4
J. J'ai recherché l'aide et le conseil d'autres personnes.	1	2	3	4
K. J'ai essayé de voir la situation sous un jour plus positif.	1	2	3	4
L. Je me suis critiqué.	1	2	3	4
M. J'ai essayé d'élaborer une stratégie à propos de ce qu'il y avait à faire.	1	2	3	4
N. J'ai recherché le soutien et la compréhension de quelqu'un.	1	2	3	4
O. J'ai abandonné l'espoir de faire face.	1	2	3	4
P. J'ai pris la situation avec humour.	1	2	3	4
Q. J'ai fait quelque chose pour moins y penser (comme aller au cinéma, regarder la TV, lire, rêver tout éveillé, dormir ou faire les magasins...) [certaines activités ne sont pas à reporter pour les patients hospitalisés].	1	2	3	4
R. J'ai exprimé mes sentiments négatifs.	1	2	3	4
S. J'ai essayé d'avoir des conseils ou de l'aide d'autres personnes à propos de ce qu'il fallait faire.	1	2	3	4
T. J'ai concentré mes efforts pour résoudre la situation.	1	2	3	4
U. J'ai refusé de croire que ça m'arrivait.	1	2	3	4
V. J'ai consommé de l'alcool ou d'autres substances pour m'aider à traverser la situation.	1	2	3	4
W. J'ai appris à vivre dans ma nouvelle situation.	1	2	3	4
X. J'ai planifié les étapes à suivre.	1	2	3	4
Y. Je me suis reproché les choses qui m'arrivaient.	1	2	3	4
Z. J'ai recherché les aspects positifs dans ce qu'il m'arrivait.	1	2	3	4
AA. J'ai prié ou médité.	1	2	3	4
BB. Je me suis amusé de la situation.	1	2	3	4

19. Résilience

38. À la droite de chaque item, tu trouveras sept numéros, allant de « 1 » (totalement en désaccord) à « 7 » (totalement en accord). Encercle le chiffre qui correspond le mieux à ton sentiment concernant ce que décrit chaque item. Par



exemple, si tu es totalement en désaccord avec le contenu d'un item, encercle « 1 », si tu es neutre, encercle « 4 », et si tu es fortement en accord, encercle « 7 », etc.).

A. Je réussis en général à m'en sortir d'une façon ou d'une autre.	1	2	3	4	5	6	7
B. Je suis fier.ère de ce que j'ai accompli dans ma vie.	1	2	3	4	5	6	7
C. Je fais généralement face aux choses avec calme/sérénité.	1	2	3	4	5	6	7
D. Je suis en accord avec moi-même.	1	2	3	4	5	6	7
E. Je pense être capable de faire plusieurs choses à la fois.	1	2	3	4	5	6	7
F. Je suis quelqu'un de déterminé.	1	2	3	4	5	6	7
G. Je peux traverser les périodes difficiles parce que j'ai vécu des expériences difficiles dans le passé.	1	2	3	4	5	6	7
H. Je fais preuve d'autodiscipline.	1	2	3	4	5	6	7
I. Je garde un intérêt pour ce qui se passe autour de moi.	1	2	3	4	5	6	7
J. Je trouve habituellement des occasions de rire.	1	2	3	4	5	6	7
K. Ma confiance en moi me permet de traverser les périodes difficiles.	1	2	3	4	5	6	7
L. En situation d'urgence, je suis une personne sur qui on peut compter.	1	2	3	4	5	6	7
M. Parfois, je m'incite à faire des choses que j'en ai envie ou pas.	1	2	3	4	5	6	7
N. Quand je connais une situation difficile, je trouve habituellement une porte de sortie.	1	2	3	4	5	6	7

Annexe 5: BOLUKI-LUKI LIKOLO EKWEELA YA BOKONO BWA EBOLA

Bana mpe bana bayebazuami na eteni ya mibu mwa likolo

▲**YA MOTUYA** : Motuya (to numéro) mwa yo moko. Motuya (to numéro) mona mozali na litomba linene, mpamba te, ekosalisa biso te tosangisa mituna mibale miye okoyanola na bonkutu, okopesa nkombo ya yo te.
Pesa nkoma ibale ya liboso ya nkombo ya mama wa yo (prénom) (Ndakisa : LY mpo ya LYNE) :_____
Pesa nkoma ibale ya liboso ya nkombo ya papa wa yo (prénom) (Ndakisa : RE mpo ya RENE) :_____
Pesa nkoma ibale ya liboso ya nkombo ya yo (prénom) (Ndakisa : DA mpo ya DAVID) :_____

Mwa makebisi (Consignes)

Mpo ya botondisi mituna o lokasa loye, moluki-luki akotanga likebisi iyiko iyiko mpamba te ikeseni na biteni ndenge na ndenge. Oyanola na boyebi mpe na nzebi, mpe na bosembo bonso. Okundola te eyano ya malamu to ya mabe ezali te. Biyano binso bizali na ntina. Bikosalisa mpo ya kotongolo to kosolola na bolamu mpenza maye manso masali te bokono bwa Ebola bonyokolo batu, mingi mingi mpenza o bomoi bwa lisanga mpe kotia oesika, bisaleli bya kosunga baye banso basengeli na lisungi.

21. **Nsango mobimba** Date : / / / / / / / / /

C. Lolenge :1 □ Mwana mobali 2 □ Mwana mwasi

D. Obotama na 1 □ Janvier 4 □ Avril 7 □ Juillet 10 □ Octombre
2 □ Février 5 □ Mai 8 □ Août 11 □ Novembre
3 □ Mars 6 □ Juin 9 □ Septembre 12 □ Décembre

C. Mokolo mwa yo mwa mbotama_____

D. Otanga kelasi nini
1 □ Mokote 2 □ Kelasi ya yambo 3 □ Kelasi ya kati-kati
4 □ Misalamya maboko 5 □ Eteyelo ya likolo

E. Baboti ba yo batanga kelasi nini
1 □ Mokote 2 □ Kelasi ya yambo 3 □ Kelasi ya kati-kati
4 □ Misalamya maboko 5 □ Eteyelo ya likolo

F. Baboti ba yo basalaka
1 □ Iyo 2 □ Te

G. Soki iyo, mosala kani? Na....
1 □ Kopani 2 □ Bobembani 3 □ Na leta
4 □ Moloni bilanga 5 □ Mobomi nyama 6 □ Moteki

H. Ozali na eleme to ebosono
1 □ Iyo 2 □ Te

I. Osambelaka wapi
1 □ Katoliko 2 □ Missioni 3 □ Eyamba ya mbankoko
4 □ Kimbangu 5 □ Musuluma 6 □ Eyamba esusu (Otalisa)

J. Osanganaka o milulu mya losambo
1 □ Mingi-mingi 2 □ Mingi 3 □ Yoko mbala
4 □ Mpenza te 5 □ Te

K. Ofandi epay ya
1 □ Baboti ba yo 2 □ Ndeko wa libota 3 □ Moninga wa libota
4 □ Bo boyi (Bo mosali) 5 □ Yo moko 6 □ O esika bayambaka

L. Oyo etali baboti ba yo bazali

1 □ Balongani 2 □ Libala ekufa 3 □ Bokabwani

4 □ Esika yoko (Bango babale) 5 □ Bakufa (Papa, Mama, banso babale)

M. Ozali na bandeko babali na basi

1 □ Iyo 2 □ Te

N. Soki iyo; boni.....Bazali na mbula boni.....

O. Soko iyo, boni bakendeke kelasi…..

22. Echelle de connaissance et de perception de la maladie à virus Ebola

Maye matali bokono bwa virus Ebola		**0=Te**	**1=Iyo**	**2=Nayebi te**
Boyebi bwa yo to lolenge la yo la komono ndenge ya kokebisa to kosalisa (kobikisa) Ebola				
1	Okoki kokima yango na baboyi kozala esika yoko na biloko bya nzoto bya (biye bikotangaka) baye bazwi bokono bona (mitoki, makila, masuba, nyei, nsoi, kosu-kosu…)	0	1	2
2	Okoki kokima yango na boboyi kozala mpembeni ya bato bawei (bibembe) na Ebola	0	1	2
3	Lisali lya mbalakaka o esika bazali kopesa mino mya (kosalisa) ebakisaka konzo ya kobika	0	1	2
4	Lisungi lya mbalankaka o esika bazali kopesa mino mya Ebola ekotolaka bompanzani bwa yango	0	1	2
5	Okoki kokima yango na bomoyi kosimba nyama okuti ekufi	0	1	2
6	Makanisi ma solo te likolo ya lolenge Ebola epesamaka mpe lolenge la kosalisa yango	0	1	2
7	Epesamaka ma mompepe moye mozali kolekaleka	0	1	2
8	Okoki komibatela na bokono bwa Ebola na bokimi te bangungi (mbembele) baswa yo	0	1	2
9	Okoki kokima yango na busokoli na mayi na moto batia mungwa	0	1	2
10	Ekoki kosalisama na elonga mpenza na babikisi ba losambo to ba bonkoko	0	1	2
Bozwi meko mpo ya kokima bokono bwa Ebola. Mpo ya kokima bokono bwa bokono Ebola, esengeli :				
11	Kosokola maboko na mayi to na saboni ntangu nionso	0	1	2
12	Koboya kosangana nzoto na moto nionso oyo nungu-nungu ebimi te ezali na bokon bwa ebola	0	1	2
13	Kokima masanga na bato ebele	0	1	2
14	Kotinda moi-libota yoko na lopitalo to esika bazali kosilisa Ebola, soko alakisi bilembo	0	1	2
15	Kobomba moi-libota yoko wa bandeko ya mpembeni na bakonzi ba bokolongo bwa	0	1	2
Nzoto soki ndeko wana alakisi bilembo bya bokono bwa ebola Makanisi soko moi-libota yoko awei (akufi) o ndaka				
16	Bakosokola to bakosimba nzoto ya moi-libota soki awei na mpo etali Ebola ?	0	1	2
17	Bakondima te lyoko lisanga lya bokundi ezwa likoki lya kokunda moi-libota oyo awei na Ebola ?	0	1	2
18	Bokondima lolenge losusu ya bokundi mowei, ndakisa lolenge la bonkoko loye lolongisi te kosimbana na nzoto na bo moi-libota oyo akoki kowa na bokono bwa Ebola ?	0	1	2
19	Bakondima kotala na mosika bokundi na bokengi bwa mowei wa Ebola ?	0	1	2

23. Lolenge la kolakisa

	Maye batali bokono bwa ebola	Iyo	Te
A	Osilakofanda (ozala) na engumba to mboka eye bato babale bokono bwa Ebola ?		
B	Osilakokoma na etuku (quartier) oyo bato babale bokono bqa Ebola ?		
C	Oyebi yo moko mpenza bato baye babale (bakwela) bokono bwa Ebola ?		
D	Osilakokutana na moto na libota lya ya yote kasi abele (akweyela) bokono bwa Ebola ?		
E	Moninga bwa yo abele bokono bwa Ebola ?		
F	Moi-libota lya yo abele bokono bwa Ebola ?		
G	Moi-libota lya yo afandi ndako moko na yo abele bokono bwa Ebola ?		
H	Osalisa moi-libota lya yo to mpe moninga bwa yo oyo abele bokono bwa Ebola ?		
J	Moi-libota wa yo akufa na bokono bwa Ebola ?		
K	Yo moko obele bokono bwa Ebola ?		
L	Osilakokota lopitalo liko lya bokono bwa Ebola ?		
M	Osilakokende na matanga na bato bakufa na bokono bwa Ebola ?		
N	Osilakosimba bibembe lya bato bakufa na bokono bwa Ebola ?		
O	Osalaka to ozali okati lya bandeko baye basalisaka (minganga) ?		
P	Osalaka na lisanga lya baye basalisaka (to batali) nzoto ya bato bawei na bokono bwa Ebola ?		
Q	Otikakala na eleme to ebosono likolo lya bokono bwa Ebola ?		

24. Ndelo ya bilembo biye bikangemi na bokono bwa Ebola ?

Mpo ya ntina ya bokono bwa Ebola **0=Ata moko te** **1= Mingi mpenza te** **2=Mbala isusu** **3=Mbala nionso** **4=Seko**

A	Moto moko asila kofinga yo na bokundeleli yo bokono bwa Ebola	0	1	2	3	4
B	Bato bamilakisa o boso bwa yo na elongi ya mpasi mpo etali bokono bwa Ebola	0	1	2	3	4
C	Obwakisamaki	0	1	2	3	4
D	Moto moko aboyaki kopesa yo mbote to lolenge esengeli	0	1	2	3	4
E	Batiolaki to basekaki yo na motindo ndenge na ndenge	0	1	2	3	4
F	Moto moko aboyaki kosolisa yo (kopesa yo maloba)	0	1	2	3	4
G	Moto moko aboyaki kotekela yo biloko	0	1	2	3	4
H	Moto moko aboyaki kosombela yo biloko	0	1	2	3	4
I	Baboti ba yo babungisaki mosala to mombongo bwa bango	0	1	2	3	4
J	Kopani yoko eboyaki kozwa baboti ba yo na mosala	0	1	2	3	4
K	Eteyo yoko eboyaki koyamba yo	0	1	2	3	4
L	Bandeko ba mpembeni mpe bato basusu bapekisaki yo azongela ndaku ba yo	0	1	2	3	4
M	Batoba etuluku (quartier) babebisaki ndako ya baboti ba yo	0	1	2	3	4
N	Bandeko lya libota ba yo baboyaki kozwa yo (koyamba yo) epayi ya bango zambi obelaki bokono bwa Ebola	0	1	2	3	4
O	Na ngala ya yo, baboti ba yo bayi te ozonga na ndako	0	1	2	3	4
P	Mbele ozali kokanisa te bato bazali kokima yo	0	1	2	3	4
Q	Mbele okanisi te babwakisi yo	0	1	2	3	4
R	Mbele okanisi te bato bazali kobanga yo	0	1	2	3	4
S	Ozalaki na bizalela ya kokima lokola kobanga kofanda epay ya yo na bobangi te esala yo mpasi to obwakisama	0	1	2	3	4

25. Botangi bwa boleli na ekweela enâ

Mokebisi : Tobondeli yo te otondisa na milingo miye milandi, na botii nkoma to to elombo na esika eye ekokani mpenza, lolenge obikelaki na mbala ya suka bokono bwa Ebola boye bobimaki mpe na

ùwa ngonga sima ya bokono (ozinga yoko to esusu). Soko molongo moko mokoani te na maye obikelaki o bokono bona ozinga (ya solo mpenza te).

		Ya solo solo	Solo moko	Ezali nde solo	Bosolo boye	Solo mpenza
1	Nakokaki te ata kosala eloko yoko					
2	Nayokaki mawa mpe mpi					
3	Nazalaki na kobanga-banga mpe nkanda mpamba te nakokaki lisusu kosala eloko te					
4	Nazalaki na bobangi mpo ya bobangi ya nga-mei					
5	Namonaki te nasalaki eloko te (bobr bwa ngai)					
6	Nayokaki nsoni na ezalela eye etalaki ngai o nzoto					
7	Nazalaki na mawa mpo ya bobangi bwa basusu					
8	Namonaki lokola te nakobungisa maye na kosala te					
9	Namiyoka lisusu (o bomoto) o ezalela ya ngai					
10	Nayokaki ya kosuba mpe kosumba					
11	Nazwaki bobangi na maye namonoki					
12	Nabimaka mitoko o nzoto ya ngai, nalegaki mpe motema mobetaki makasi					
13	Nalingaki kokatswa					
14	Nakanisaki te nakokufa (nakowâ)					

26. Emateseli ya mpasi (kobanga)

Na mposo eye euti kosila, lolenge kani omiyokaki na ba mwa ngonga		**Te**	**Mwa moke**	**Yoko mbala**	**Na ba mwa ngonga**	**Ngonga inso**
A	Kolembe makasi, na ntina yoko te					
B	Mwa nkanda-nkanda					
C	Nkanda makasi, eloko yo ekitisaka kanda enâ te					
D	Namimonoki te nakomi nsuka					
E	Koningana mingi kimya te, manso likolo likolo					
F	Koningana makasi mpenza, kofanda esika yoko te					
G	Mawa-mawa					
H	Mawa-mawa makasi mpenza, ata eloko oyo ekokaki kozongisela ngai koseka					
I	Lokola te manso masalemaki se na makasi					
J	Malamu to bompamba					

27. Motangi ya bikweela biye bipesi bobangi

Tala montango bwa bikweela bya mpasi biye moto akoki kokutana na byango o bomoyi bwa ye. Na ekweela yoko-yoko, otsia elembo na esika yoko to bisaka ebele mpe olakisa te : (a) obikelaki yo moko ekweela ena ; (b) moto mususu abikelaki ekweela ena mpe yo ozalaki nzeneneke ;(c) oyokaki te moko ya bayebani ba yo abikelaki ekweela ena. Olakisa te bikweela binabibebisaki bomoi ba bato to bizokisaki mitema nto mpe bisalaki te bazwa (bakamata) basi na makasi

Bikweela		Ekwelaki	Nazalaki nzenekeke	Nayokaki	Ezalali o mosala na ga	Nayebi te	N/A
A	Koluka koboma						
B	Ekweela ya mokili (etingami na mokili) (moto makasi, mompepe makasi, mbula makasi, boningani bwa mabele, bongo na bongo)						
C	Moto makasi na bompanzani						
D	Likama lya nzela (likama lya motuka to lya masuwa, likama lya engbunduka, bopanzani bwa pepo, bgongo na bongo						
E	Likama likasi lya mosala mosala, na ndako, to o eloko ya bosepeli						
F	Bopanzani bwa biloko bibe (bisaleli bye bombe to biloko bisusu bibe)						
G	Bitumba bya nzoto (babundisi yo, babeti, bazokisi na mbeli, bibotu, to bobeti na makolo)						
H	Bakoteli nyo na mandoki (ozokisami na mandoki to mbeli epotu, baluki kobundisayo na mbeli, mandoki to bombe, bongo na bongo						
I	Boluki mwasi na makasi (kozwa mwasi na makasi, koluka kozwa mwasi na makasi nyonso oyo ezali kozaq muasi na makasi, bongo na bongo						

J	Ekweela esusu oyo moto alingi te to alingisami te ya bozwi mwasi na makasi (bozwi bana bake na makasi)						
K	Kosangana na baye batali bitumba bya mandoki to elongi ya yo o biska biye bitumba (nabato ba sokoto to te)						
L	Bokangami (bawzui yo, balongoli yo to bakangi yo na makasi , batii yo o boloko lokola te mokangami wa bitumba, bongo na bongo						
M	Bokono to bozoki boye boti bomoi bwa yo na nkaka						
N	liwa lya makasi (koboma, komiboma, bongo na bongo)						
O	Liwa lya mbalankaka liye ozilaki te lya ndeko wa pembeni						
P	Bozoki bwa nsomo (mpota ekasi), likama to liwa opesi na moto (obomi moto)						
Q	Esusu, eye okoàki kobakisa						

28. Bana PTSD Bilembo….

Mituna miye mizali to mitali maye oyokaki oyo ebongolaki yo (etungisaki yo). Tanga na bokebi motuna moko moko.

Ozinga motuya (0-4) oyo elakisi malamu mpenza lolenge likambo lina liyungisaki yo na sanza eye ya nsuka	**0=Te (ata moko te)**	**1= mbala yoko na mposo**	**2=mbala ibale to isato na mposo**	**3=mbala ineyi to itano na mposo**	**4=mbala motoba to koleka na mposo**	
A	Owzaka makasi to bilili bitungisaki (bibongolaki) yo likolo lya likambo to ekweela ena, biye mpe bizongeli yo o motema na eleko eye olingi te ?	0	1	2	3	4
B	Olotaki bandoto ya mabe to kosutuka likolo lya likambo lina (ekweela) ?	0	1	2	3	4
C	Osalaki to omiyokaki lokola te likambo lina lizalaki kozongela yo (komona to koyoka) (komona lokola te ezali kozongela yo lisusu) ?	0	1	2	3	4

D	Omiyokaki te obongwami soko ozali kokanisa maye makwelaki yo (makomelaki yo) (ndakisa : bobangi, nkanda, mawa-mawa, omimoni lokola te ozali na ngambo, obulongani) ?	0	1	2	3	4
E	Oyokaki eloko soko moko onzoto ya yo lokola te soki okanisa oyo elekaki (ndakisa : mitoki, motema ekobeta-beta, mpasi na libumu to na moto) ?	0	1	2	3	4
F	Omekaki lisusu te kokamisa kozala na mwa mposa ya likambo lina ?	0	1	2	3	4
G	Omekaki kotikala mosika na maye monso masalaki te okanisa lisusu maye malekaki (ndakisa : bato, bisika to masolo ma likambo lina) ?	0	1	2	3	4
H	Ozalaki lisusu na nguya te ya ,kokanisa lisusu mwa eteni ya ntina ya maye malekaki ?	0	1	2	3	4
I	Ozwaki makanisi mabe likolo lya yo moko, bato basusu to mokili (ndakisa : nakokaki lisusu kosala ya malamu te (bolamu te), mokili ezali nsomo) ?	0	1	2	3	4
J	Okanisa te monso mana masalemaki ezali mbeba ya yo ?(ndakisa : nakokaki naino koyeba, nakokaki naino kosala yango te, nazwi oyo ekoki na ngai) ?	0	1	2	3	4
K	Ozwaki mposa to makanisi mabe (lokola bobangi, nkanda, omikitisaki nalikambo yo moko to mpoya nsoni) ?	0	1	2	3	4
L	Ozwaki litomba moke mpo nakosala moye osalaki mbala lissusu ?	0	1	2	3	4
M	Ozwaki nkokoso (mpasi) ya komiyoka mpenempene na bato baye to mpe ozwaki (ozalaki na mposa ya kozala na bango te) ?	0	1	2	3	4
N	Ozwaki kbokoso ya komiyoka na ezalela elamu (lokola esengo to bolingo) to kbokoso ya koloba (koyoka) te etali ngai te ?	0	1	2	3	4
O	Omitiaki na mpete nionso na nkanda (ndakisa : koganga, kobeta basusu, kobwaka biloko bya bango) ?	0	1	2	3	4
P	Osalaki makambo maye makokaki kozokisa to kosala yo mpasi (ndakisa : komela bangi, lopipi, komela masanga, kokima, komikata (komiszokisa) ?	0	1	2	3	4
Q	Ozalaki na ekenge to bokebi (ndakisa : kotala-tala bato pembeni nayo mpe eloko eye ezwami pembeni na yo) ?	0	1	2	3	4
R	Opumbwaki to obangaki na pete nionso (ndakisa : soko moto azali kotambola nsima ya yo, ntango oyoki makelele makasi) ?	0	1	2	3	4
S	Ozwaki kbokoso ya kozala na boyokemeli (ndakisa : kobingisa molongo mwamakainisi to lisolo o otando eke, kobosana maye ozali kotanga, okokoto te na bokengi o eteyelo) ?	0	1	2	3	4
T	Ozalaki na kbokoso ya kolala mpongi to ya kotika kolala ?	0	1	2	3	4
Na ndelo nini bilembo biye bibulunginyaki bomoi bwa yo bwa mokolo bwa mokolo ?						
U	Kosala nsambo ya yo	0	1	2	3	4
V	Misala mya yo mya ndako to lotomo la yo la ndako	0	1	2	3	4
W	Bondeko na bandeko bayo	0	1	2	3	4
X	Misala mya bosekisi mpe kosakana	0	1	2	3	4
Y	Misala mya eteyelo (kelasi)	0	1	2	3	4
Z	Bondeko na liloba lya yo	0	1	2	3	4
AA	Esengo seko seko o bomoi bwa yo	0	1	2	3	4

29. Botangi ya bobebi bwamoto epay ya mwana

Likebisi : ekokweela te bana bazala na bizaleli mpe makanisi ndenge moko. Mituna miye mikopesa montanga na etuluku yoko ma bizaleli mpe makanisi. Na etuluku yoko toponi mokoloto moye molakisi malamu oyo yo osali, oyiki, okanisi, na mposo ibale iye eleki. Ntango oponi mokoloto na etuluku ya liboso, nde oleki na moye molandi. Ezali tena eyano elamo to ebe. Pona bobelemokoloto moye molakisi malamu efandeleli ya to o mikolo miye. Tia nkoma eye X mpebeni ya eyano ya yo, na esika eye ekokani na mokoloto moye eponoki.

1	1	Nazali na mawa na mwa ba ngonga
	2	Nazali na mawa mbala na mbala
	3	Nazali na mawa ngonga inso
2	1	Eloko moko te ekotambolaka malamu mpona ngai
	2	Nakolikya te te manso makotambolaka malamu mpo ya ngai
	3	Manso makotambolaka malamu mpona ngai
3	1	Nalongaka seko na manso maye na salaka
	2	Nazangaka makambo mingi
	3	Nazangaka nionso
4	1	Makambo mayike masepelisaka ngai
	2	Makambo make masepelisaka ngai
	3	Eloko yoko te esepelisaka ngai
5	1	Nazali na kimya te ngonga inso
	2	Nazali mingi-mingi na kimya te
	3	Nazali nganga inso na kimya te
6	1	Ngonga na ngonga na te makambo na ntima
	2	Ezali mpo ya mobunga bwa ngai
	3	Nazali na bobungi te makambo makweelaka ngai
7	1	Namiboyi
	2	Namilingi te
	3	Namilingi mpenza
8	1	Nyonso oyo nezali kosimba te eza mpo ya mobunga na ngai
	2	Mingi mpenza, maye masimbi te ezali mobunga bwa ngai
	3	Maye masimbi te, mingi mingi mpenza ezalali bongo mobunga bwa ngai
9	1	Nakanisi te komiboma
	2	Nakanisi komiboma kasi nakosala te
	3	Nakomiboma
10	1	Nazali na mposa ya kolela mikolo nionso
	2	Nazali ntango inso na posa ya kolela
	3	Nazali mpenza mpenza na posa ya kolela te
11	1	Ngonga inso likambo lyoko litungisaka ngai
	2	Na ba ngonga, likambo lyoko litingisaka gai
	3	Ezalaka na ban tango na ntango likambo lyoko litungisaka ngai
12	1	Nalingi mingi kozala na basusu
	2	Mingi mingi nalingi kozala na bato te
	3	Nalingi ata moko te kozala na basusu
13	1	Nalingaka te kozwa mokano likolo ya makambo ebele
	2	Nazali na mpasi mpona kozwa mokano likolo ya makambo ebele
	3	Nazwaka mokano na mpete likolo ya makambu ebele
14	1	Nazali malamu onzoto
	2	Ezali na makambo mayike maye nalingi te onzoto ya ngai
	3	Namimonaka kitoko te
15	1	Nazali na lotomo la kosala makasi mbala mbala inso mpo ya kosala misala mya ngai
	2	Nazali na lotomo la kosala makasi mbala mbala mingi mpo ya kosala misala mya ngai
	3	Esalaka ngai mpasi te mpona kosala misala mya ngai
16	1	Nazala seko na mpasi mpo na kolala na butu
	2	Nazala mingi na mpasi mpo na kolala na butu
	3	Nalalaka kutu nde malamu
17	1	Nazali na bolembu ngonga na ngonga
	2	Nazali mingi ya kolemba

	3	Nazali ngonga inso ya kolemba
18	1	Mbala nzike nazali na mposa ya kolia te
	2	Mingi mingi nazali na mposa ya kolia te
	3	Nazali nde na mposa ya kolia
19	1	Namitungisaka te seko nazali na mpasi esika yoko
	2	Namitungisaka te mingi mingi nazali na mpasi esika yoko
	3	Namitungisaka te seko seko seko nazali na mpasi esika yoko
20	1	Namimonaka te nazali ngai moko te
	2	Namimonaka mingi mingi te nazali ngai moko
	3	Namimonaka seko seko te nazali ngai moko
21	1	Nasakanaka ata moke te o kelasi
	2	Nasakanaka yoko mbala o kelasi
	3	Nasakanaka mingi mingi o kelasi
22	1	Nazali na baninga bayike
	2	Nazali na ndambo ya baninga kasi nalingi kozwa basusu
	3	Nazali ata na moninga moko te
23	1	Bilembo bya ngai bya kelasi bazali bilamu mpenza te lokola liboso
	2	Bilembo bya ngai ya kelasi bazali bilamu mpeza lokola liboso
	3	Nazali na bilembo bibe na bisika biye nazalaka na momesano mwa kolonga malamu
24	1	Nasalaka ata bolamu moko te lokola basusu
	2	Nakoki mpe kosala kolenka baninga soki nalingi
	3	Nasalaka malamu te, mabe mpe te koleka basusu
25	1	Ata moto moko te alingi ngai, solo
	2	Namitunaka soko moto moko alingi ngai
	3	Nazali kondima te moto moko alingaka ngai
26	1	Nasalaka maye nionso basengaka ngai
	2	Mbala nzike, nasalaka te maye basengaka ngai
	3	Nasalaka ata moke te maye basengaka ngai
27	1	Nayokanaka malamu na baninga
	2	Nabundaka mingi
	3	Nabundaka ntango inso

30. Bobangi bokasi (mpasi)

Tala montangao mwa bilembo biye bipesamaka na bobangi. Tanga byango na bokebi mpenza, lakisa na bozingi motuya moye mokokani ; na ndelo to esika kanioyokakaki mpasi na yoko ya bilembo byango :

Na mposo ibale iye ileki na lokola okati	**0** Okati ya mikolo nsambo miye mileki nanyokwamaki	**1** Eloko te etungisaki	**2** Mua muke, mwa malamu mingi	**3** Moke kaka koku-ngai mingi tekasi nakokaki mba yango			
Oyoki te nzoto ezali kosala malamu te to mpe lokola bazali kotuba-tuba yango to mpe moto makasi				0	1	2	3
Makolo moto makolo mazali kolenga okoki te komisembola				0	1	2	3
Bobangi te ya mabe ekoma, molimo yiki-yiki manso mazali alima te				0	1	2	3
Motema mokomi kobeta mbangungu				0	1	2	3
Nabangisami				0	1	2	3
Nkanda-nkanda				0	1	2	3
Nayoki mpasi ya kopema				0	1	2	3
Maboko mazali kolenga				0	1	2	3

Kolenga, kotambola malamu te	0	1	2	3
Bobangi ya kobungisa bomiyebi bwa yo moko	0	1	2	3
Kopema na mpasi	0	1	2	3
Bobangi kokufa	0	1	2	3
Koyoka bobangi, kozala na kobanga	0	1	2	3
Bolei bwa mpasi, mpasi na libumu	0	1	2	3
Koyoka te okoki lisusu te kokatswa	0	1	2	3
Elongi kotela	0	1	2	3
Kotoka (esangani te na mulunge)	0	1	2	3

31. Bomeli masanga lopipi to bangi

Na eloko ya sanza ya zomi mibale iye ileki, mbala boni biloko biye ?	**1=namelaki**	**2=mikolo nionso te**	**3=libaku mbala yoko na sanza**	**4=nasuka ya mposo to mbala yoko to ibale**	**5=mbala isato to na lomingo**	**6=mikolo minso**
1 Masanga	1	2	3	4	5	6
2 Bangi (mbulu, mafuta, bongo na bongo	0	1	2	3	4	6
3 Bimela-mela bisusu (lopipi, gbololo)	0	1	2	3	4	6

32. Makanisi mpe bizalela biye biboka

C. Osilakokanisa na bonsomi bonso koluka komiboma ?

☐Te oyanoli te ? leka na motuna na zomi na minei

☐Iyo oyambi iyo ? leka na motuna moye molandi

D. Omeka komiboma ?

☐ Mbala yoko

☐ Koleka mbala yoko

A	Ezali mawa mpasi mpoya ya ngai nazwa biteni ya maloba masolo mpo naloba maye nayokaka	**Iyo**	**Te**
B	Soko makanisi na ngai mabulunginyi nayebi soko nazali na mawa, soko nazali kobanga to kolimbola	Iyo	Te
C	Nayokaka te maye nakoki koloba to kolimbola	Iyo	Te
D	Maye nayokaka masangani	Iyo	Te
	Self description questionnaire		
E	Na manso, nalingaka te ndenge nazali	Iyo	Te
F	Manso masangani, nazali nantina mpenza ya kozala na esongo mpo ya ngai moko	Iyo	Te
G	Nazali na mabongi mingi	Iyo	Te
H	Soko nasili likambo lyoko, nasalaka lyango malamu	Iyo	Te
I	Nalingaka lolelnge langai ya nzoto	Iyo	Te
	Connor-Davidson Resilience Scale-2 (CD-RISC)		
J	Nazali na konzo ya komesane na mbongwana	Iyo	Te
K	Nazali na momesano mwa komizongisa lisusu nsima ya ekweela ya mpasi	Iyo	Te
	Back Hopelessness Scale BHS		
L	Nawelaka te nayeba maye makoya na elikya mpe na esengo	Iyo	Te
M	Soko makanisi maye makoya, nazilka te nazala na esengo	Iyo	Te
N	Lobi (oyo ekoya) ezali mpenza polele te mpe eyebani te	Iyo	Te

33. Multidimensional

Makebisi : tolingi koyeba makinisi mayo na malobaba maye. Tanga na bokebi na liliba lyoko-lyoko. Lakisa boni boni ozali komiyoka mbala inso. N[illegible]ni eye :

Manso mandimami te

Manso mandimami

A	Ezali na moto moko mpenza oyo azali wana so[illegible]	1[illegible]						7
B	Ezali na moto mpenza oyo nakoki kokabola naye bisengo mpe mpasi ya ngai	1	2	3	4	5	6	7
C	Libota lya ngai emekaka mpenza kosalisa ngai	1	2	3	4	5	6	7
D	Nazwaka ona libota lya ngai lisalisi liye nasengeli na lyango likolo ya ekweele eye	1	2	3	4	5	6	7
E	Nayebi moto moko mpenza oyo azali liziba lya solo ya bolendisi mpo ya ngai	1	2	3	4	5	6	7
F	Baninga ban gai bamekaka solo kosalisa ngai	1	2	3	4	5	6	7
G	Nakoki kolikya solo epay ya baninga na ngai soko makambo mazali kokende mabe	1	2	3	4	5	6	7
H	Nakoki kosolola nalibota lya ngai na oyo etali makombo na ngai	1	2	3	4	5	6	7
I	Nazali na baninga baye nakoki kokabola na bango bisengo mpe mpasi	1	2	3	4	5	6	7
J	Ezali na moto moko oyo azali na ntima mpenza o bomoi bwa ngai, oyo azali komitungisa na maye nazali koyoka	1	2	3	4	5	6	7
K	Libota lya ngai lizali mpene mpo ya kosunga ngai nazwa mikano	1	2	3	4	5	6	7
L	Nakoki kosolola makambo ma ngai na baninga	1	2	3	4	5	6	7

34. Bokasi bwa yo moko bopanzani

Tanga na bokebi mologo. Zinga moye olimboli malamu		**Solo mpenza**	**Kaka sika nde solo**	**Kati-kati solo**	**Manso solo mpenza**
A	Nakoki seko ngai moko kosilisa makambo ma ngai, nazali komeka kozala makasi				
B	Soko moto moko andimi makanisi ma ngai te nakoki koluka lolenge kani nazua maye naluli				
C	Ezali pete mpo ya ngai ya kotikala na bokebi mpo na manigani te nakokisa				
D	Nazali na kondima te nakoki kobunda makasi na bikweela biye nazalaki te				
E	Likolo lya bomilukiluki bwa ngai nayebi boni nasengeli kosala mpo na maye makoki koyela ngai				
F	Nakoki kozwa eyano na miyike makambo ma ngai soki natii makasi na maye makoki				
G	Nakoki kotikala kimia soko nakutani na kbokoso mpamba te nazali na lipombo na nzebi ya ngai liboso lya makambo				

H	Soko nakutani na kbokoso nakoki ngonga inso kozwa biyano biyeke				
I	Soko nakangemi nakoki bomomesano kokanisa te nakoki kosala				
J	Ata nani oyo esengeli kokoma nazali na konzo ya kobunda				

35. Brief-Rcope

Sikawa toko senga na yo okanisa likolo lya mbala ya nsuka bokono bwa Ebola mpe na lolenge kani yo olakisaki ezalela ya yo. Yanola na motuna moko na botia elembo o esika eye ekokani mpenza na lolenge loye yo obikwelaki okweela ena. Yanola na bosembo mpenza komitungisa te likolo lya maye bato balingaki kosala soko bazalaki o esika ya yo		**Solo te**	**Ngonga na ngonga**	**Mingi mingi**	**Seko seko**
A	Nalukaki bolingo mpe bobateli bwa Nzambe				
B	Nalukaki lisalisi lya Nzambe mpo na kolongola nkanda				
C	Nasalaki makasi nalisalisi lya Nzambe mpo na kokisa myango mya ngai miye nabandaki kosala				
D	Nasalaki makasi mpo na kotala boni boni Nzambe okokati komeka kokomisa ngai lisusu makasi o boso bwa likambo liye				
E	Nasengelaki na bolimbisi bwa masumu				
F	Namingisaki o eyamba mpo te namitungisa te na maye matali makambo ma ngai				
G	Namitunaki soko Nzambe atiki ngai				
H	Namiyiki te nazui etumbu ya Nzambe likolo ya bozangi losambo				
I	Namituni nini nasala mpo te Nzambe apesa ngai etumbu motindo moye				
J	Namituni likolo lya bolingo bwa Nzambe mpo ya ngai				
K	Namituni soko eklezya ya ngai etika ngai				
L	Nakanisi Zabolo nde atumoli maye makomi				
M	Nalukaki lisalisi mpe botongoli bwa moto moko				
N	Namituni likolo lya mpifo ya Nzambe				

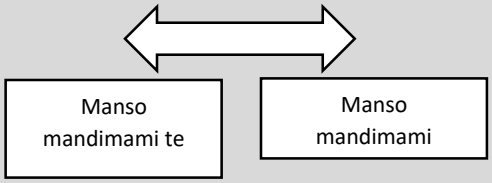
36. Brief-cope

Sikawa toko senga na yo okanisa likolo lya mbala ya nsuka bokono bwa Ebola mpe na lolenge kani yo olakisaki ezalela ya yo. Yanola na motuna moko na botia elembo o esika eye ekokani mpenza na lolenge loye yo obikwelaki okweela ena. Yanola na bosembo mpenza komitungisa te likolo lya maye bato balingaki kosala soko bazalaki o esika ya yo :		**1 Solo te**	**2 Ngonga na ngonga**	**3 Mingi mingi**	**4 Seko seko**
A	Namibongoli na misala misusu mpo ya kobongola makanisi ma ngai	1	2	3	4
B	Natelemisi molongo mwa misala mpe nalandi yango	1	2	3	4
C	Namilobeli te ezaki solo te	1	2	3	4

D	Nameleki masanga mpe biloko bisusu mpo te nayoka malamu	1	2	3	4
E	Nalukaki lisungi iya ekweela ena epay ya bato basusu	1	2	3	4
F	Naboyaki kolunka kobongisa likambo lina	1	2	3	4
G	Namekaki kozwa lisungi o eklezya ya ngai to na biyamba bisusu	1	2	3	4
H	Nandimaki bosolo bwa bomoi bwa ngai bwa sika	1	2	3	4
I	Nalongolaki maye mazalaki o nta ntei ya ngai kitoko te na bolobaka	1	2	3	4
J	Nalukaki lisungi mpe malako ma bato masusu	1	2	3	4
K	Namekaki kotala likambo lina na lolenge lolamu mpenza	1	2	3	4
L	Namisosolaki	1	2	3	4
M	Nalukaki kobongisa mwango mpo ya maye matali oyo esengeli kosalama	1	2	3	4
N	Nalukaki lisungi mpe botongoli bwa moto moko	1	2	3	4
O	Nabwakaki elikia ya kobunda	1	2	3	4
P	Nayambaki likombo lyango na bosekisi	1	2	3	4
Q	Nasalaki mwa eloko yoko mpo ya kokanisa mingi te misala misusu misengeli koyebisa na babeli baye bazali to bazwami o lopitalo	1	2	3	4
R	Nalakisi bilembo bibe	1	2	3	4
S	Namekaki koluka malako to lisungi lya bato basusu na maye oyo masengelaki kosalema	1	2	3	4
T	Nasangisaki makasi ma ngai mpo na kosilisa likambo lina	1	2	3	4
U	Naboyaki kondima maye makomelaki ngai	1	2	3	4
V	Namekaki masanga mpe biloko bisusu mpo te esalisa ngai nasilisa likambo lina	1	2	3	4
W	Nayekoli kobikela bomoi bwa sika	1	2	3	4
X	Nabongisi maye ya kolandela	1	2	3	4
Y	Namibendaki matoyi na maye makomelaki ngai	1	2	3	4
Z	Naluki-luki maye ya malamu na maye manso makwelaki ngai	1	2	3	4
AA	Nasambeli mpe namanyoli	1	2	3	4
BB	Nasakani na likambo lina	1	2	3	4

37. Bokabwani

38. Naloboko la mobali la lokasa okokuta bitene nsambo, kobanda « yambo » (manso mandimami te) kino « nsambo » (manso mandimami). Linga to zinga eteni to motuya moye mokokani malamu na maye oyokaki, matali oyo elimbolami na lokasa loye. Ndakisa : « 1 » soko ozali apay yoko te, linga « 4 » mpe soko ondimi mpenza mpenza te, linga to zinga « 7 », bongo na bongo…



A	Nalongi na manso mpo ya komibisa na lolenge loko to losusu	1	2	3	4	5	6	7
B	Nazali na lipombo na maye manso nakokisi na bomoi bwa ngai	1	2	3	4	5	6	7
C	Nasalaka manso na kimya liboso lya makambo	1	2	3	4	5	6	7
D	Nazali na kondima kati na ngai moko	1	2	3	4	5	6	7

E	Nakanisi te nazali na konzo ya kosala makambo ebele mbala yoko	1	2	3	4	5	6	7
F	Nazali moto wa molende Manso mandimami	1	2	3	4	5	6	7
G	Nakoki koleka bileko bya mpasi mpamba te na bikelaki bikweela bya mpasi na mikolo mileki	1	2	3	4	5	6	7
H	Nalakisa elembo ya bomitosi	1	2	3	4	5	6	7
I	Nabombaka litomba mpo ya maye manso malekaka nzinga-nzinga ya ngai	1	2	3	4	5	6	7
J	Nazwaka momesano mwza libaku ya koseka	1	2	3	4	5	6	7
K	Komindima ngai moko esalisaka ngai te naleka bileko bya mpasi	1	2	3	4	5	6	7
L	Na ekweela ya mbalankaka, nazali moto oyo basengeli kolikya	1	2	3	4	5	6	7
M	Mbala esusu, namitindaka te nasala makambo nalingi to te	1	2	3	4	5	6	7
N	O ntango nazui likambo lya mpasi, nazuaka momesano ekuke ya kobima	1	2	3	4	5	6	7

Annexe 6 : GUIDE D'ENTRETIEN INDIVIDUEL DES VICTIMES DE MVE

Prise en charge psychosociale des victimes de l'épidémie de la maladie à virus Ebola

Guide d'entretien individuel de la victime

N.B : Les questions principales (ouvertes) sont en noir et les questions de relance (clarifications) sont en bleu.

I. INFORMATIONS SUR LE REPONDANT

Sexe :

Age :

Religion :

Ville ou village :

Ethnie :

Etat Civil :

Situation familiale

Identité épidémiologique :

Historique avec la MVE :

Emploi Actuel :

Zone de santé :

Aire de santé :

Distance du Centre de soins le plus proche :

Nationalité :

Etat de santé actuel :

II. DEROULEMENT DE L'ENTRETIEN

A. Expériences du vécu subjectif de la Maladie à Virus Ébola (MVE)

1. Pouvez-vous nous parler de votre expérience avec la MVE ?
    a. Le vécu de la maladie, de la maladie et/ou la mort de proches, de menace d'être contaminé, du deuil
    b. Les souffrances physiques et/ou psychologiques endurées

2. Comment avez-vous vécu la MVE (ou comment avez-vous vécu l'atteinte de la MVE de votre proche) ?
    a. Qu'est-ce qui a été le plus difficile à vivre ?
        i. Le vécu dans le CTE ?
        ii. La peur de la mort ?
        iii. L'anxiété ?

2. Après la maladie, qu'est-ce qui a été le plus dur à vivre (ou après la mort de votre proche de la MVE, qu'est ce qui a été le plus dur) ?

a. La persistance de certains symptômes physiques ?
b. La persistance de la souffrance psychique ?
c. Le deuil (pour les membres de la famille)
d. Les pertes économiques (perte de la maison, perte des affaires) ?

3. Des gens ont-ils été désagréables avec vous à cause de la MVE ?

a. Vous êtes-vous senti stigmatisé, humilié à cause de la MVE ?
b. Des gens ont-ils refusé de vous parler ?
c. Avez-vous perdu votre travail à cause de la MVE ?
d. Des gens ont-ils été désagréables avec des membres de votre famille ?

B. Contexte du vécu subjectif de la Maladie à Virus Ébola-MVE

1. Parlez-nous du contexte dans lequel est apparue la MVE pour vous…

a. Contexte social de l'apparition de l'épidémie ?
b. Contexte familial de l'apparition d'Ebola ?
c. Contexte individuel?

C. Eléments de personnalité de la victime

1. Parlez-nous de ce que disent les autres de vos forces et faiblesses devant les événements heureux et malheureux ?

a. Pensées habituelles positives devant les événements heureux et malheureux ?
b. Pensées habituelles négatives devant les événements heureux et malheureux ?
c. Sentiments habituels positifs devant les événements heureux et malheureux ?
d. Sentiments habituels négatifs devant les événements heureux et malheureux ?
e. Actes, agissements, actions habituels positifs devant les événements heureux et malheureux ?
f. Actes, agissements, actions habituels négatifs devant les événements heureux et malheureux ?

D. Perception de la Maladie à Virus Ebola

D'après vous, comment percevez-vous la MVE ?

a. C'est une fable, la MVE n'a jamais existé ?
b. La MVE est une invention des hommes ou une maladie importée ?
c. La MVE est réelle et il faut se protéger ?
d. La MVE est une invention des sorciers ?

1. Comment vous, vous percevez les personnes guéries de la MVE ?
   a. Doit-on avoir peur d'être infecté par eux ?
   b. Peut-être ami avec eux ?

3. Quelle est votre perception sur la stigmatisation des victimes de la MVE et de leurs familles ?
   a. Avez-vous été témoin de sentiments ou d'actes de stigmatisation et de rejet envers des personnes à cause de la MVE ?
   b. Dans quelles sphères les personnes sont plus stigmatisées à cause de la MVE (milieu de vie ou voisinage, travail, école, église) ?
   c. Quelles sont les stratégies qui sont utilisées pour essayer d'arrêter les actes de stigmatisation ?
   d. Selon vous, quelles seraient les meilleures stratégies pour aider à mettre fin à la stigmatisation envers les personnes à cause de la MVE ?

E. Appréciation du traitement reçu

1. Qu'est-ce que vous savez du traitement de la MVE ?
   a. Existe-t-il un traitement préventif ?
   b. Comment traite-on les personnes atteintes de la MVE ?

2. Dites-nous comment vous êtes ou avez-vous été prise en charge en tant que victime de la MVE ?
   a. Avez-vous été amené au CTE ? Comment vous avez été amené au CTE ?
   b. Qui vous traite ou vous a traité exactement : médecin, infirmier, psychologue ?

3. Comment vous appréciez ou avez-vous appréciez la prise en charge ?
   a. La prise en charge médicale ?
   b. La prise en charge psychologique ?
   c. La prise en charge du bien-être social ?
   d. Qu'est-ce qui a manqué dans la prise en charge qu'on vous a fournie ?

4. Qu'est-ce qui vous a aidé à faire face à la maladie (ou qu'est-ce qui vous aidé à faire face à la maladie, ou la mort de votre proche) ?
   a. Quelles sont les stratégies que vous avez utilisées ?
      i. Avez-vous prié ?
      ii. Avez-vous pris un bain de bénédiction ?
      iii. Avez-vous organisé une cérémonie pour le proche décédé (pour les membres de la famille) ?
   b. Avez-vous bénéficié du soutien des proches et des membres de la communauté ?
      i. Du soutien de votre famille ?
      ii. Du soutien des membres de la communauté ?

c. Avez-vous bénéficié du soutien de psychologues ?
d. Avez-vous bénéficié du soutien de l'État ?
e. Avez-vous bénéficié du soutien d'ONGs ?
f. Quels autres soutiens avez-vous bénéficié et qui vous a été bénéfique ?

2. Quels autres soutiens vous auraient pu être bénéfiques

F. Moyens de défense psychologique face à la réalité de la MVE

1. Quand avez-vous appris l'apparition de la MVE dans votre région ?

a. Qu'avez-vous fait par le passé ?
b. Avez-vous fait confiance aux dires des professionnels de santé ?

2. Quand vous avez été indexé comme victime de la MVE, qu'est-ce qui est arrivé ?

a. Avez-vous refusé le diagnostic des professionnels de santé ?
b. Vous avez eu mal ? Vous vous êtes culpabilisé ?
c. Vous vous êtes mis en colère ?
d. Vous vous êtes mis à imaginer un scénario totalement invraisemblable ?
e. Avez-vous subi une perte d'énergie et la tristesse ?
f. Vous avez essayé de vous reconstruire ?
g. Avez-vous accepté la réalité ?
h. Avez-vous participer à la lutte ?

3. Devant la réalité souffrante liée à la victimisation de la MVE, quelles réactions avez-vous développé pour faire face ?

a. Vous ne vouliez pas entendre parler de la MVE ?
b. Avez-vous espérez et/ou désespérez ?
c. Avez-vous présenté plusieurs plaintes dans le but d'obtenir de l'aide ?
d. Vous vous êtes laissé entre les mains des professionnels de santé ?
e. Etiez-vous capables ou incapables de se rappeler de votre état de victimisation ?
f. Pensiez- vous à autre chose qu'à votre état de victimisation ?
g. Expliquiez- vous votre état de victimisation autrement ?
h. Etiez- vous capable ou incapable d'éprouvé simultanément les sentiments et/ou les pensées de votre expérience pénible ?
i. Il vous arrivait de s'attacher à répondre aux besoins des autres victimes ?
j. Il vous arrivait d'anticiper la peur, la douleur des effets de la maladie ou de la menace de la maladie ?
k. Il vous est arrivé à prendre de bonnes initiatives par rapport à votre victimisation ?

l. Il vous est arrivé d'éviter les lieux, les sentiments et/ou les pensées qui vous rappellent la MVE ?
m. Pendant ou après la victimisation, il vous est arrivé de se sentir comme si votre corps ne vous appartenait pas ? Comme si ton village/ ville était transformé (e)?

G. Composante essentielle du vécu subjectif

1. Ce qui à votre avis, était le pire pendant la période de victimisation ?
2. Ce que tu aimerais bien ajouter de plus

Annexe 7 : GUIDE DE COLLECTE DES DONNEES DOCUMENTAIRES

1. IDENTITÉ

- Eléments d'informations:

- Age,
- Sexe,
- Niveau d'étude,
- Lieu de la rencontre (quel CTE, quelle province, quelle ville),
- Etat de santé actuel du patient

2. PRESENTATION DES PLAINTES

- Eléments d'informations :

- Contexte de la rencontre (Où a eu lieu la rencontre ? Quelle salle ? Quel bureau ? avec ou sans combinaison ?
- Motif de consultation (pourquoi le psychologue a été amené à rencontrer la victime)

3. HISTOIRE DE LA VICTIME ET DE SA MALADIE (MVE)

- Eléments d'informations:

- L'histoire de la victime (qui elle est ? Qu'est-ce qu'elle fait dans la vie ?)
- L'histoire de la victime avec sa maladie à virus Ébola (est-ce qu'il y a eu des morts dans sa famille, dans son entourage, comment elle pense avoir été infecté, elle a survécu ou décédé)
- L'histoire de la prise en charge effectuée, comment tu as débuté cette prise en charge

4. EVALUATION

- Eléments d'informations:

- Quel a été le diagnostic psychologique posé ?
- Quel instrument a été utilisé pour le diagnostic psychologique posé (échelle, test projectif, entretiens cliniques) ?

5. CONCEPTUALISATION DU CAS

- Eléments d'informations :

- Choix du type d'intervention effectuée ?
- Justification du choix de la forme d'intervention ?
- La compréhension de la victime de son vécu subjectif ? Sa propre compréhension des symptômes ?

6. DEROULEMENT DU TRAITEMENT ET EVALUATION DES PROGRES

- Eléments d'informations:

- Déroulement du traitement. Durée du traitement ?
- Nombre des séances ? Combien de jours par semaine ?

- Durée des séances?

7. FACTEURS DE COMPLICATION

- Eléments d'informations:

- Facteurs qui ont compliqué l'intervention

8. ACCÈS ET OBSTACLES AUX SOINS

- Eléments d'informations:

- Facteurs qui ont facilité la prise en charge
- Facteurs qui ont entravé la prise en charge

9. SUIVI

- Eléments d'informations:

- Evolution de la victime
- Issu du traitement
- S'il est mort, a-t-il quand même progressé ? Est-il devenu plus serein face à la mort ?

10. CONSÉQUENCES DE L'AFFAIRE SUR LE TRAITEMENT

- Eléments d'informations:

- Que renseigne ce cas?
- En quoi cela parle psychologiquement ? Pourquoi d'autres psychologues devraient lire ce cas ?

11. RECOMMANDATIONS AUX CLINICIENS ET AUX CHERCHEURS

- Eléments d'informations:

- Au regard de la littérature scientifique, qu'est qu'on aimerait que les cliniciens et les futurs cliniciens (étudiants) retiennent de cette victime ?

Annexe 8 : CERTIFICAT D'APPROBATION ETHIQUE/CERTIFICAT OF ETHICS APPROVAL

24/06/2020

Université d'Ottawa
Bureau d'éthique et d'intégrité de la recherche

University of Ottawa
Office of Research Ethics and Integrity

CERTIFICAT D'APPROBATION ÉTHIQUE | CERTIFICATE OF ETHICS APPROVAL

Numéro du dossier / Ethics File Number	H-06-19-4670
Titre du projet / Project Title	Maladie à virus Ébola et santé mentale des communautés : évaluation, prévention et intervention psychosociale (Phase qualitative)
Type de projet / Project Type	Recherche de professeur / Professor's research project
Statut du projet / Project Status	Renouvelé / Renewed
Date d'approbation (jj/mm/aaaa) / Approval Date (dd/mm/yyyy)	24/06/2020
Date d'expiration (jj/mm/aaaa) / Expiry Date (dd/mm/yyyy)	01/07/2021

Équipe de recherche / Research Team

Chercheur / Researcher	Affiliation	Role
Jude Mary CÉNAT	École de psychologie / School of Psychology	Chercheur Principal / Principal Investigator
Daniel DERIVOIS	Université de Bourgogne	Co-chercheur / Co-investigator
Cécile ROUSSEAU	McGill University	Co-chercheur / Co-investigator
Jacqueline BUKAKA	Université de Kinshasa	Co-chercheur principal / Co-principal investigator
Jean Pierre BIRANGUI	UNIVERSITE DE LUBUMBASHI - R.D.Congo	Co-chercheur / Co-investigator
Oléa BALAYULU MAKILA	Université de Kinshasa	Coordonnateur de recherche / Research Coordinator

Conditions spéciales ou commentaires / Special conditions or comments

550, rue Cumberland, pièce 154 Ottawa (Ontario) K1N 6N5 Canada
550 Cumberland Street, Room 154 Ottawa, Ontario K1N 6N5 Canada

613-562-5387 • 613-562-5338 • ethique@uOttawa.ca / ethics@uOttawa.ca
www.recherche.uottawa.ca/deontologie | www.recherche.uottawa.ca/ethics

24/06/2020

Université d'Ottawa
Bureau d'éthique et d'intégrité de la recherche

University of Ottawa
Office of Research Ethics and Integrity

CERTIFICAT D'APPROBATION ÉTHIQUE | CERTIFICATE OF ETHICS APPROVAL

Numéro du dossier / Ethics File Number	H-06-19-4670
Titre du projet / Project Title	Maladie à virus Ébola et santé mentale des communautés : évaluation, prévention et intervention psychosociale (Phase qualitative)
Type de projet / Project Type	Recherche de professeur / Professor's research project
Statut du projet / Project Status	Renouvelé / Renewed
Date d'approbation (jj/mm/aaaa) / Approval Date (dd/mm/yyyy)	24/06/2020
Date d'expiration (jj/mm/aaaa) / Expiry Date (dd/mm/yyyy)	01/07/2021

Équipe de recherche / Research Team

Chercheur / Researcher	Affiliation	Role
Jude Mary CÉNAT	École de psychologie / School of Psychology	Chercheur Principal / Principal Investigator
Daniel DERIVOIS	Université de Bourgogne	Co-chercheur / Co-investigator
Cécile ROUSSEAU	McGill University	Co-chercheur / Co-investigator
Jacqueline BUKAKA	Université de Kinshasa	Co-chercheur principal / Co-principal investigator
Jean Pierre BIRANGUI	UNIVERSITE DE LUBUMBASHI - R.D.Congo	Co-chercheur / Co-investigator
Oléa BALAYULU MAKILA	Université de Kinshasa	Coordonnateur de recherche / Research Coordinator

Conditions spéciales ou commentaires / Special conditions or comments

550, rue Cumberland, pièce 154 Ottawa (Ontario) K1N 6N5 Canada
550 Cumberland Street, Room 154 Ottawa, Ontario K1N 6N5 Canada

613-562-5387 • 613-562-5338 • ethique@uOttawa.ca / ethics@uOttawa.ca
www.recherche.uottawa.ca/deontologie | www.recherche.uottawa.ca/ethics

24/06/2020

Université d'Ottawa

Bureau d'éthique et d'intégrité de la recherche

Le Comité d'éthique de la recherche (CÉR) de l'Université d'Ottawa, opérant conformément à l'*Énoncé de politique des Trois conseils* (2014) et toutes autres lois et tous règlements applicables, a examiné et approuvé la demande d'éthique du projet de recherche ci-nommé.

L'approbation est valide pour la durée indiquée plus haut et est sujette aux conditions énumérées dans la section intitulée "Conditions Spéciales ou Commentaires". Le formulaire « Renouvellement ou Fermeture de Projet » doit être complété quatre semaines avant la date d'échéance indiquée ci-haut afin de demander un renouvellement de cette approbation éthique ou afin de fermer le dossier.

Toutes modifications apportées au projet doivent être approuvées par le CÉR avant leur mise en place, sauf si le participant doit être retiré en raison d'un danger immédiat ou s'il s'agit d'un changement ayant trait à des éléments administratifs ou logistiques du projet. Les chercheurs doivent aviser le CÉR dans les plus brefs délais de tout changement pouvant augmenter le niveau de risque aux participants ou pouvant affecter considérablement le déroulement du projet, rapporter tout évènement imprévu ou indésirable et soumettre toute nouvelle information pouvant nuire à la conduite du projet ou à la sécurité des participants.

University of Ottawa

Office of Research Ethics and Integrity

The University of Ottawa Research Ethics Board, which operates in accordance with the *Tri-Council Policy Statement* (2014) and other applicable laws and regulations, has examined and approved the ethics application for the above-named research project.

Ethics approval is valid for the period indicated above and is subject to the conditions listed in the section entitled "Special Conditions or Comments". The "Renewal/Project Closure" form must be completedfour weeks before the above-referenced expiry date to request a renewal of this ethics approval or closure of the file.

Any changes made to the project must be approved by the REB before being implemented, except when necessary to remove participants from immediate endangerment or when the modification(s) only pertain to administrative or logistical components of the project. Investigators must also promptly alert the REB of any changes that increase the risk to participant(s), any changes that considerably affect the conduct of the project, all unanticipated and harmful events that occur, and new information that may negatively affect the conduct of the project or the safety of the participant(s).

Marc Alain BONENFANT
Coordonnateur de l'éthique / Ethics Coordinator
Pour/For **Daniel LAGAREC** Président(e) du/ Chair of the **Comité d'éthique de la recherche en sciences de la santé et sciences / Health Sciences and Sciences Research Ethics Board**

550, rue Cumberland, pièce 154 Ottawa (Ontario) K1N 6N5 Canada
550 Cumberland Street, Room 154 Ottawa, Ontario K1N 6N5 Canada

613-562-5387 • 613-562-5338 • ethique@uOttawa.ca / ethics@uOttawa.ca
www.recherche.uottawa.ca/deontologie | www.recherche.uottawa.ca/ethics

24/06/2020

Université d'Ottawa
Bureau d'éthique et d'intégrité de la recherche

University of Ottawa
Office of Research Ethics and Integrity

CERTIFICAT D'APPROBATION ÉTHIQUE | CERTIFICATE OF ETHICS APPROVAL

Numéro du dossier / Ethics File Number	H-06-19-4670
Titre du projet / Project Title	Maladie à virus Ébola et santé mentale des communautés : évaluation, prévention et intervention psychosociale (Phase qualitative)
Type de projet / Project Type	Recherche de professeur / Professor's research project
Statut du projet / Project Status	Renouvelé / Renewed
Date d'approbation (jj/mm/aaaa) / Approval Date (dd/mm/yyyy)	24/06/2020
Date d'expiration (jj/mm/aaaa) / Expiry Date (dd/mm/yyyy)	01/07/2021

Équipe de recherche / Research Team

Chercheur / Researcher	Affiliation	Role
Jude Mary CÉNAT	École de psychologie / School of Psychology	Chercheur Principal / Principal Investigator
Daniel DERIVOIS	Université de Bourgogne	Co-chercheur / Co-investigator
Cécile ROUSSEAU	McGill University	Co-chercheur / Co-investigator
Jacqueline BUKAKA	Université de Kinshasa	Co-chercheur principal / Co-principal investigator
Jean Pierre BIRANGUI	UNIVERSITE DE LUBUMBASHI - R.D.Congo	Co-chercheur / Co-investigator
Oléa BALAYULU MAKILA	Université de Kinshasa	Coordonnateur de recherche / Research Coordinator

Conditions spéciales ou commentaires / Special conditions or comments

550, rue Cumberland, pièce 154 Ottawa (Ontario) K1N 6N5 Canada
550 Cumberland Street, Room 154 Ottawa, Ontario K1N 6N5 Canada

613-562-5387 • 613-562-5338 • ethique@uOttawa.ca / ethics@uOttawa.ca
www.recherche.uottawa.ca/deontologie | www.recherche.uottawa.ca/ethics

TABLE DES MATIÈRES

SOMMAIRE 2
RESUME 3
ABSTRACT 5
REMERCIEMENTS 7
ABREVIATIONS, SIGLES ET ACRONYMES 8
INTRODUCTION 1
Contexte de réalisation de la thèse 2
Problématique 3
Hypothèses 12
Objectifs 12
Intérêt de l'étude aux niveaux scientifique, social et économique 13
Délimitation et Division du travail 14
PREMIERE PARTIE : 15
CONTEXTE SOCIETAL ET SANITAIRE 15
CHAPITRE I. CONTEXTE SOCIETAL ET SANITAIRE DES ZONES TOUCHEES PAR LE VIRUS EBOLA EN REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO 16
1.1. Contexte sociétal et sanitaire de la Province de Mongala 17
1.2. Contexte sociétal et sanitaire de la Province du Kwilu (1995) 19
1.3. Contexte sociétal et sanitaire du Kasaï (2007 et 2008) 21
1.4. Contexte sociétal et sanitaire de la province du Haut Uélé (2012) 23
1.5. Contexte sociétal et sanitaire de la Tshuapa (2014) 25
1.6. Contexte sociétal et sanitaire du Bas-Uélé (2017) 27
1.7. Contexte sociétal et sanitaire de la province de l'Equateur 29
1.8. Contexte sociétal et sanitaire de la province du Nord Kivu (2018, 2020 et 2021) 31
1.9. Contexte sociétal et sanitaire de province de l'Ituri 33
CHAPITRE II. CADRE CONCEPTUEL 36
2.1. Définition des concepts 36
2.1.1. Maladie à Virus Ebola (MVE) 36
2.1.2. Santé Mentale 38
2.1.3. Victimes d'Ebola 39

2.1.3.1. Types de victimes 39
2.1.4. Problèmes de santé mentale liées à la MVE 40
2.1.4.1. Détresse péri-traumatique 43
2.1.4.2. Détresse psychologique 44
2.1.4.3. Santé mentale générale 44
2.1.5. Vécu subjectif 45
2.2. Théories explicatives de l'étude 46
2.3. Modèles théoriques de la recherche 47
2.3.1. Modèle théorique explicatif 47
2.3.2. Modèle théorique compréhensif 47
METHODOLOGIE 51
CHAPITRE III : 52
CADRE METHODOLOGIQUE 52
3.1. Phase quantitative 52
3.1.1. Plan d'étude et échantillon 53
3.1.2. Méthodes et Mesures des variables 53
3.1.2.1. Questionnaire pour les variables sociodémographiques 53
3.1.2.2. Echelles pour mesure des variables psychosociales liées à la MVE 54
3.1.2.3. Echelles pour mesure de quelques variables de la santé mentale 55
3.1.3. Analyses statistiques des données quantitatives 57
3.2. Phase qualitative 58
3.2.1. Population et Echantillon d'étude 58
3.2.1.1. Population d'étude 58
3.2.1.2. Echantillon d'étude 58
3.2.2. Cadre et dispositif cliniques 60
3.2.3. Analyse des données qualitatives 61
3.3. Considérations éthiques 62
TROISIEME PARTIE : 63
RESULTATS ET DISCUSSION 63
CHAPITRE IV : 64
RESULTATS QUANTITATIFS DES VICTIMES DE LA MVE 64

4.1. Population adulte affectée *64*
4.1 .1. Détresse péri-traumatique 64
4.1.1.1. Prévalence au sein de la population adulte 64
4.1.1.2. Aspects de la MVE associés à la DPT 66
4.1.2. Santé mentale générale/Détresse psychologique 67
4.1.2.1. Variabilitéde la détresse psychologique auprèsdes personnes adultes affectées 67
4.1.2.2. Aspects de la MVE affectant l'état de santé mentale générale des personnes adultes affectées 68
4.2. Enfants et Adolescents affectés et ou survivants *69*
4.2.1. Détresse péri-traumatique 69
4.2.1.1. Prévalence au sein de la population d'enfants et adolescents 69
4.2.1.2. Aspects de la MVE affectant la DPT chez les enfants et adolescents affectés et ou survivants 72
4.2.2. Détresse psychologique (K10) 73
4.2.2.1. Variabilité au sein de la population d'enfants et adolescents 73
CHAPITRE V : 78
RESULTATS DES DONNEES QUALITATIVES 78
5.1. PRÉSENTATION DES CAS *78*
5.2. NOMRNCLATURE DES THEMES ET SOUS-THEMES ISSUS DES VECUS SUBJECTIFS DES PERSONNES AFFECTEES ET/OU SURVIVANTES DE LA MVE *108*
CHAPITRE VI : DISCUSSION DES RESULTATS 129
CONCLUSIONS 144
BIBLIOGRAPHIE 154
Annexes 168
Annexe 1 : Cas Cliniques 169
Annexe 2 : Enquête sur les conséquences de la maladie à virus Ébola Adultes 269
Annexe 3: TRADUCTION-LINGALA 283
Annexe 4: Enquête sur les conséquences de la maladie à virus Ébola Enfants et adolescents... 300
Annexe 5: BOLUKI-LUKI LIKOLO EKWEELA YA BOKONO BWA EBOLA 316
Annexe 6 : GUIDE D'ENTRETIEN INDIVIDUEL DES VICTIMES DE MVE 330
Annexe 7 : GUIDE DE COLLECTE DES DONNEES DOCUMENTAIRES 335

Annexe 8 : CERTIFICAT D'APPROBATION ETHIQUE/CERTIFICAT OF ETHICS APPROVAL 337
TABLE DES MATIÈRES 343