

## Maladie à virus Ebola et santé mentale : analyse comparative de l'observation des mesures de prévention et du processus de deuil entre les communautés de l'Équateur et du Nord-Kivu en République démocratique du Congo

***O. Balayulu Makila***

Département de Psychologie, Université de Kinshasa,  
Programme National de Santé Mentale, RDC

***C. Lokuli Yende***

Programme National de Santé Mentale, RDC

***A. Furaha***

***J. Katungu***

Département de Psychologie, Université de Kinshasa, RDC

[Doi:10.19044/esj.2026.v22n15p83](https://doi.org/10.19044/esj.2026.v22n15p83)

Submitted: 25 December 2025

Accepted: 28 April 2026

Published: 31 May 2026

Copyright 2026 Author(s)

Under Creative Commons CC-BY 4.0

OPEN ACCESS

### *Cite As:*

Balayulu Makila, O., Lokuli Yende, C., Furaha, A., & Katungu, J. (2026). *Maladie à virus Ebola et santé mentale : analyse comparative de l'observation des mesures de prévention et du processus de deuil entre les communautés de l'Équateur et du Nord-Kivu en République démocratique du Congo*. European Scientific Journal, ESJ, 22 (15), 83.

<https://doi.org/10.19044/esj.2026.v22n15p83>

### Résumé

**Objectif :** Cette étude vise à étudier la maladie à virus Ebola et la santé mentale en comparant l'observance des mesures de prévention et le processus de deuil des victimes de la MVE entre les provinces de l'Équateur et du Nord-Kivu (2018–2020). **Méthode :** Une étude qualitative comparative, multi-sites a été menée auprès de 1 052 participants (427 dans la province de l'Équateur, 625 en province du Nord-Kivu), incluant des cas confirmés, suspects, contacts et survivants. Les données ont été recueillies via des entretiens psychologiques et l'observation comportementale selon le modèle de Deville. **Résultats :** La province de l'Équateur a montré une progression rapide vers l'acceptation et l'adhésion communautaire aux mesures de prévention, contrairement à celle du Nord-Kivu où le déni et la résistance ont retardé la riposte pendant près de deux ans avant l'éradication. **Conclusion :** Les interventions en matière des urgences de santé publique doivent intégrer les dimensions psychosociales et

culturelles pour renforcer l'efficacité de la réponse en général, et en particulier des mesures de prévention.

---

**Mots-clés:** Maladie à virus Ebola, santé mentale, prévention, processus de deuil, communauté, RDC

---

## **Ebola Virus Disease and Mental Health: Comparative Analysis of Prevention Measures and Grief Processes Between the Communities of Equateur and North Kivu in the Democratic Republic of Congo**

***O. Balayulu Makila***

Département de Psychologie, Université de Kinshasa,  
Programme National de Santé Mentale, RDC

***C. Lokuli Yende***

Programme National de Santé Mentale, RDC

***A. Furaha***

***J. Katungu***

Département de Psychologie, Université de Kinshasa, RDC

---

### **Abstract**

**Objective:** This study aimed to examine Ebola virus disease and mental health by comparing adherence to preventive measures and the grieving process of EVD victims between Equateur and North Kivu provinces (2018–2020). **Method:** A comparative, multi-site qualitative study was conducted with 1,052 participants (427 in Equateur province, 625 in North Kivu province), including confirmed cases, suspects, contacts, and survivors. Data were collected through psychological interviews and behavioral observation according to the Deville model. **Results:** Equateur province showed rapid progress toward community acceptance and adherence to preventive measures, unlike North Kivu, where denial and resistance delayed the response for nearly two years before eradication. **Conclusion:** Interventions in public health emergencies must integrate psychosocial and cultural dimensions to strengthen the effectiveness of the response in general and of preventive measures in particular.

---

**Keywords:** Ebola virus disease, mental health, prevention, grieving process, community, DRC

## I. Introduction

La maladie à virus Ebola (MVE), anciennement appelée fièvre hémorragique à virus Ebola, est une infection grave, souvent mortelle chez l'être humain, avec un taux de létalité moyen d'environ 50 %. Lors des flambées précédentes, ce taux a varié entre 25 % et 90 % (OMS, 2018). Le virus se transmet initialement de l'animal à l'homme, puis se propage par transmission interhumaine. Outre les atteintes physiques, la MVE est fréquemment associée à des troubles de santé mentale. Les études recensées identifient la dépression, le trouble de stress post-traumatique (TSPT) et l'anxiété comme les principaux troubles observés dans ce contexte épidémique (Evidzem Wirsiy et al., 2024 ; OPS, 2023 ; OMS, 2020, 2023 ; Epstein et al., 2015 ; Rabelo et al., 2016 ; Paladino et al., 2017 ; Lehmann et al., 2015 ; Nicatri et al., 2016 ; Wilson HW et al., 2018 ; Mohammed et al., 2015 ; Colorado, 2017).

Un problème psychologique majeur est le deuil traumatique lié à Ebola. Celui-ci survient lorsque des familles sont empêchées de rendre hommage à leurs défunts selon leurs pratiques culturelles. Ce deuil se complexifie sous l'effet de la mort soudaine, des enterrements non ritualisés, de la stigmatisation et de l'isolement social. Les conséquences incluent la rancune, la colère, la méfiance, l'agressivité, la peur — notamment la crainte que l'absence d'hommage approprié porte malheur — et un accès limité au soutien communautaire traditionnel. Cette situation favorise la stigmatisation et entraîne une « résistance communautaire », se traduisant par le rejet des interventions des équipes de santé et de la réponse à l'épidémie (Thomas, 2009).

Jusqu'en 2018, aucun traitement spécifique n'était disponible. La prise en charge consistait uniquement à traiter les symptômes (OMS, 2016). Le développement et l'usage de vaccins ont marqué un tournant lors des épidémies en Guinée et dans la province de l'Équateur en République démocratique du Congo (RDC), démontrant leur efficacité (Audet & Kobinger, 2015 ; Pourrut et al., 2005 ; Wilson & Hart, 2001 ; Wang et al., 2016 ; Rimoin & Hotez, 2013). En l'absence de traitement curatif, la prévention reste le moyen le plus efficace pour limiter la propagation, incluant l'hygiène des mains, la désinfection des surfaces, l'évitement de contacts directs avec les personnes infectées et la manipulation d'animaux morts. La mobilisation et l'engagement communautaire constituent également des facteurs déterminants dans la prévention et la maîtrise des épidémies d'Ebola. Les recherches ont démontré que la participation communautaire et la vaccination étaient essentielles pour limiter la transmission du virus (Baldé, 2015 ; Benton & Dionne, 2015 ; Eboko, 2005 ; Fairhead, 2016 ; Faye, 2015 ; Gasquet-Blanchard, 2017 ; Haas, 1992 ; Mbaye et al., 2017 ; Brown, Cueto & Fee, 2006).

La communication sur les risques permet de comprendre la perception des dangers par les individus et les communautés. Les épidémies de maladies infectieuses surviennent souvent dans des contextes politiques, sociaux et économiques complexes. Un partage rapide de l'information qui inspire confiance est crucial pour mobiliser la population et favoriser l'acceptation des mesures de santé publique (Thomas, 2009). Cependant, dans certaines provinces de la RDC, notamment le Nord-Kivu, l'insécurité, les conflits armés et la méfiance envers les intervenants ont limité l'adhésion aux mesures de prévention.

Lors des épidémies de 2018 à Bikoro (province de l'Équateur) et à Beni (Nord-Kivu), neuvième et dixième épidémies en RDC, la mobilité accrue des populations et l'ouverture des réseaux de transport ont favorisé la crainte d'une propagation nationale et régionale. L'adoption des mesures de protection a été difficile, en particulier à Itipo et Beni, où des résistances, voire des agressions envers les équipes de santé, ont été observées. L'adhésion aux mesures dépendait du degré d'exposition à la maladie et des représentations socioculturelles locales, générant un choc psycho-émotionnel important.

Ainsi, la gestion des épidémies d'Ebola en RD Congo illustre les défis liés à la prévention, à l'engagement communautaire, au respect des pratiques culturelles et à la santé mentale des populations et communautés affectées.

## **II. Méthodes**

### **II.1. Conception de l'étude et recrutement des participants**

Cette étude qualitative comparative multi-sites a été menée dans deux communautés affectées par la maladie à virus Ebola (MVE) en République démocratique du Congo. Les données ont été recueillies auprès des populations des provinces de l'Équateur et du Nord-Kivu. La population cible comprenait toutes les personnes ayant été touchées directement ou indirectement par l'épidémie de MVE entre 2018 et 2020. Ces individus étaient non seulement appelés à observer les mesures de protection, mais également confrontés à un processus de deuil lié à leur expérience de la maladie.

Un échantillon de convenance a été constitué, basé sur la disponibilité et la participation volontaire, totalisant 1 052 individus : 427 en province de l'Équateur, dont 21 victimes directes, et 625 au Nord-Kivu, dont 197 victimes directes parmi 1 190 personnes enregistrées dans trois zones de santé (Beni, Katwa et Mangina). Les enfants et adolescents représentaient 16,2 % (n = 171) de l'échantillon. Seules les personnes résidant dans les zones touchées ont été incluses. L'Association Nationale des Vainqueurs d'Ebola et certains leaders communautaires ont joué un rôle clé dans le recrutement des participants.

## **II.2. Caractéristiques des participants**

Dans cette étude, une victime était définie comme toute personne ayant subi un préjudice physique, psychique ou matériel suite à une épidémie de MVE, incluant :

- Victime directe : personne infectée par la MVE, ayant expérimenté la maladie et/ou été témoin de décès au sein du Centre de Traitement Ebola (CTE), incluant les cas confirmés et suspects guéris.
- Victime indirecte : personne, ayant des liens de proximité avec une victime directe et subissant un préjudice en raison des conséquences de l'infection sur cette dernière.

D'autres catégories incluaient les victimes secondaires et tertiaires : cas contacts, alertes, membres de familles des personnes décédées, ainsi que l'ensemble de la communauté. Les participants comprenaient également les survivants d'Ebola et les individus guéris sortis des CTE.

### **II.2.1. Caractéristiques sociodémographiques**

#### **Province de l'Équateur :**

- Répartition par sexe : 52,9 % de femmes (n = 226) et 47,0 % d'hommes (n = 201).
- Niveau d'instruction : 46,3 % sans niveau, 37,2 % niveau primaire ou secondaire, 16,3 % universitaire.
- Statut par rapport à la MVE : 32 % cas contacts (n = 139), 4,9 % cas confirmés (n = 21).
- Appartenance communautaire : 40,5 % des participants provenaient de la communauté locale.

#### **Province du Nord-Kivu :**

- Répartition par sexe : 64,1 % femmes (n = 401) et 35,8 % hommes (n = 224).
- Niveau d'instruction : 42,8 % universitaire et sans emploi (n = 268), 37,4 % secondaire (n = 243), 19,6 % primaire (n = 123).
- Appartenance communautaire : 59,4 % des participants étaient originaires de la province.

Il est important de noter la prédominance de jeunes adolescents, en particulier dans la province du Nord-Kivu où beaucoup étaient affiliés à des mouvements d'auto-défense dans un contexte d'insécurité majeure.

## **II.3. Collecte des données**

Les données ont été recueillies à l'aide d'un guide d'entretiens psychologiques semi-structurés comportant des questions dans les zones de santé de Bikoro (province de l'Équateur) et Beni (province du Nord-Kivu). Le

guide d'entretien comportait des questions ouvertes sur quatre thèmes principaux :

- Vécu subjectif de la MVE ;
- Contexte du vécu de la MVE ;
- Importance du respect des mesures de protection ;
- Réactions psycho-émotionnelles et processus de deuil.

De ce qui précède, il sied de noter que les items 1 et 2 concernaient la première thématique portant sur le vécu subjectif et l'expérience des participants sur la MVE ; l'item 3 par contre évaluait les questions liées au contexte et la conception qu'ils avaient sur la MVE ; l'item 4 abordait l'importance des mesures de prévention et enfin l'item 5 portait sur les réactions psycho-émotionnelles et processus de deuil chez les participants. Ainsi, le questionnaire mis en place ont permis, grâce aux entretiens psychologiques réalisés de récolter les données structurées à travers les différentes thématiques dont question ci-dessus.

L'observation et l'analyse du comportement ont été réalisées selon les étapes de confrontation proposées par Deville (2009), inspirées du modèle de Kübler-Ross : choc, déni, colère et marchandage, tristesse, résignation, acceptation et reconstruction.

L'observation qui a été utilisée dans cette étude fut axée sur les principes d'une analyse comportementale décrite par Deville, et cela a permis de compléter certaines données liées aux réactions psycho-émotionnelles et le processus de deuil auquel les participants avaient été confronté.

Une équipe de 51 enquêteurs, composée d'infirmiers et d'agents psychosociaux, a été formée pour la collecte des données. Les entretiens ont eu lieu entre mai et juillet 2018 en province de l'Équateur, et entre août et novembre 2019 au Nord-Kivu. Un consentement libre et éclairé a été obtenu verbalement, en raison de l'analphabétisme répandu et de la méfiance liée aux expériences des conflits armés et d'instabilité socio-politique. Les participants ont été informés de leur droit de se retirer à tout moment sans conséquence. Le protocole de l'étude a été approuvé par l'Institut National de Recherche Biomédicale.

#### **II.4. Analyse des données**

Les entretiens ont été conduits en français, lingala ou swahili. Les enregistrements réalisés en lingala et swahili ont été traduits en français lors de la transcription. Pour structurer l'analyse, l'équipe de recherche s'est appuyée sur des guides thématiques prédéfinis, alignés sur les questions de recherche développées dans le protocole. Après transcription, l'ensemble des données a été rassemblé et analysé par thème. Les thèmes initiaux ont été identifiés lors d'un atelier d'analyse regroupant l'ensemble de l'équipe de

recherche. Chaque chercheur a codé une sélection de données de manière individuelle, puis les codes ont été comparés et consolidés afin de générer un ensemble de thèmes partagés.

Les données restantes ont ensuite été analysées par une sous-section de l'équipe, en utilisant les codes préalablement établis. Des discussions régulières au sein de l'équipe ont permis de réviser l'analyse, d'affiner les codes et d'ajouter certains codes supplémentaires au fil du processus. Cette démarche a permis d'assurer la rigueur et la cohérence dans l'interprétation des données qualitatives.

### **III. Discussion des Résultats**

#### **III.1. Expériences du vécu subjectif de la maladie à virus Ébola**

L'exposition quotidienne à des événements brutaux, incluant la mort de proches, d'amis et d'autres patients, a constitué une expérience extrêmement stressante, générant désespoir et émotions négatives au sein des communautés étudiées. Le vécu de la maladie s'est avéré particulièrement douloureux, en raison du taux élevé de mortalité et de l'absence de traitement curatif, ce qui a amplifié la souffrance psychologique et induit des réactions psycho-émotionnelles importantes tant chez les victimes directes que chez les victimes indirectes. La majorité des participants ont indiqué que cette expérience avait transformé profondément leur personnalité et leur perception de la vie. En province du Nord-Kivu, cette expérience s'est superposée à un contexte de conflit armé et d'insécurité, intensifiant les effets traumatiques préexistants.

#### **Extraits des témoignages :**

*« Depuis que je suis né, je n'ai jamais vécu quelque chose de pareille. Nous avons assisté à des morts bizarres. Les personnes qui nous étaient proches sont décédées dans des conditions compliquées et nous n'avons pas pu faire correctement le deuil. J'avais l'impression que le monde allait s'arrêter. »* (Naleli, 27 ans, victime indirecte – province de l'Equateur).

*« Au début, ma femme et moi avions des malaises sans comprendre ce qui se passait. Nous avons été hospitalisés et informés que nos symptômes correspondaient à une maladie inconnue appelée Ebola, sans traitement et à évolution rapidement fatale. Cela nous a beaucoup bouleversés. Je refusais l'hospitalisation, convaincu que c'était une maladie fabriquée. J'ai perdu ma femme, ce qui m'a profondément affecté psychologiquement. »* (Na Gongwa, 46 ans, victime directe – province du Nord-Kivu).

**Tableau 1:** Victimes directes et indirectes avec vécu négatif de la MVE - province de l'Équateur

Catégorie des victimes	f	%
Victimes directes	21	4,9
Victimes indirectes	406	95,1
Total	427	100

**Commentaire :** La majorité des participants (95,1 %, n=406) étaient des victimes indirectes (cas contacts et suspects), tandis que 4,9 % (n=21) étaient des victimes directes (cas confirmés).

**Tableau 2:** Victimes directes et indirectes avec vécu négatif de la MVE - province du Nord-Kivu

Catégorie des victimes	f	%
Victimes directes	197	31,5
Victimes indirectes	428	68,5
Total	625	100

**Commentaire :** Dans le Nord-Kivu, 31,5 % des participants étaient des victimes directes et 68,5 % des victimes indirectes, reflétant un contexte de diffusion plus étendu et un nombre relativement plus élevé de cas directs par rapport à la province de l'Équateur.

### III.2. Contexte du vécu subjectif et conception de la Maladie à Virus Ébola

Le contexte socio-culturel dans lequel la MVE est apparue diffère significativement d'une province à l'autre.

#### Province de l'Équateur :

Le contexte social y est relativement stable, malgré la pauvreté qui touche une grande partie de la population vivant principalement de la chasse, de la pêche et des activités agricoles. L'apparition de la MVE a perturbé le mode de vie et la solidarité sociale, fragilisant le tissu communautaire. Les victimes directes infectées se sentaient souvent isolées de leurs proches, car les visites dans les centres de traitement (CTE) étaient limitées, et beaucoup n'ont pas reçu de visite familiale. La mise en quarantaine imposée par les autorités sanitaires a renforcé la stigmatisation et la séparation avec le reste de la communauté.

*« J'étais admis à l'hôpital comme malade d'Ebola. Pendant tout mon séjour, je n'ai reçu aucune visite, car ma famille avait peur d'être contaminée et les autres membres de la communauté les menaçaient. J'étais devenu un danger pour ma famille et ma communauté. Ma maison et mes biens ont été brûlés. »* (Ba Boyi Ngai, 38 ans, victime directe – province de l'Équateur)

Au début de la riposte, la population percevait la MVE comme une menace attribuée au gouvernement et à ses partenaires, suspectés de vouloir vider le sang des habitants à des fins commerciales ou de contrôle démographique. Cependant, avec le déploiement et l'action des équipes sur le terrain, cette perception a progressivement évolué positivement, facilitant ainsi les activités de riposte et la prise en charge des cas.

### **Province du Nord-Kivu :**

Le contexte social y est beaucoup plus complexe, la survenue de la MVE s'ajoutant à une situation sécuritaire fragile et à des conflits armés persistants. Les traumatismes psychosociaux liés aux conflits ont renforcé la vulnérabilité psychologique et généré des réactions psycho-émotionnelles intenses, telles que l'agressivité envers les personnes perçues comme étrangères et la consolidation de la solidarité interne autour d'un idéal commun.

Les populations ont développé divers scénarios pour contourner les activités de riposte, notamment en cachant les personnes présentant des symptômes d'Ebola ou en les conduisant dans des lieux sûrs, hors de portée des équipes sanitaires. L'hostilité communautaire, l'insécurité et les mesures de quarantaine liées aux élections de 2018 ont limité l'accès des équipes à certaines zones, notamment Beni et Butembo, compliquant la surveillance et le suivi des patients et des contacts. Contrairement à l'Équateur, où les plaintes concernaient surtout la stigmatisation, au Nord-Kivu, les problèmes de santé mentale observés étaient davantage liés à l'insécurité, la peur et le vécu traumatique, indépendamment de la stigmatisation liée à Ebola.

Les résultats de cette étude confirment ceux de Kazadi Mwamba et al. (2018), qui soulignent que le contexte local influence fortement l'engagement communautaire et la gestion de la détresse psychologique, de la peur et de la stigmatisation pendant les épidémies de MVE. Les perceptions négatives et les croyances mystico-religieuses des communautés, si elles ne sont pas corrigées rapidement, peuvent entraîner des résistances importantes et un refus de participation, retardant l'éradication de l'épidémie.

Ces résultats sont également cohérents avec ceux de Muhindo KivikyavoI (2024), qui montrent que, malgré la disponibilité de vaccins, de traitements et d'une mobilisation financière suffisante lors de la flambée du Nord-Kivu, la méconnaissance du milieu et de la MVE par les communautés locales a constitué un obstacle majeur à l'efficacité de la riposte. Dans l'Équateur, ces aspects étaient mieux maîtrisés, ce qui a facilité la mise en œuvre des interventions.

### **III.3. Importance du respect des mesures de protection Province de l'Équateur :**

Dans cette province, les activités de communication sur les risques, d'engagement communautaire et de prise en charge psychosociale ont permis à la population affectée et infectée de comprendre et d'adopter rapidement les mesures de protection. En l'absence de traitement curatif, les psychologues et les sensibilisateurs de terrain ont réussi à mobiliser la communauté, réduisant progressivement toutes les poches de résistance. Très peu de victimes sont restées longtemps réticentes. Trois mois après le début de la riposte, grâce à la participation active de la population, la MVE a été rapidement éradiquée. Par ailleurs, le premier Programme national de suivi des guéris a été créé afin d'assurer la continuité des soins holistiques post-hospitalisation pour les survivants.

### **Province du Nord-Kivu :**

La situation était très différente. La résistance aux mesures de protection a persisté longtemps, car les activités de communication sur les risques, d'engagement communautaire et de soutien psychosocial peinaient à être mises en œuvre efficacement. Plusieurs facteurs ont contribué à cette difficulté, notamment la peur des intervenants, la situation sécuritaire instable, et le traumatisme collectif accumulé après des décennies d'exposition aux conflits, à la violence et aux fléaux sanitaires.

Au-delà de l'épidémie de MVE, les populations étaient confrontées à d'autres problématiques, telles que les infections sexuellement transmissibles liées aux violences sexuelles, ce qui accentuait un sentiment d'abandon et de vulnérabilité psychologique. Dans ce contexte, une conception communautaire collective s'est développée, selon laquelle la MVE était perçue comme une machination inventée par le régime politique. Cette perception a été renforcée par le climat de crise économique et les restrictions imposées : lavage constant des mains, limitation des contacts physiques, interdiction de consommer certains animaux, et restriction des déplacements.

Les données de notre étude montrent que :

- 65,7 % des enquêtés ont refusé de se conformer aux mesures de protection imposées par les autorités sanitaires ;
- 34,2 % ont refusé de recevoir les équipes de sensibilisation ;
- 79,3 % n'étaient pas d'accord avec les pratiques funéraires proposées pendant l'épidémie ;
- 18,7 % ont menacé verbalement ou physiquement les équipes de terrain.

Ces facteurs expliquent le non-respect des mesures de protection, la léthargie de la riposte et l'augmentation du nombre de cas dans la province. Bien que la stratégie de riposte ait impliqué des psychologues et des leaders

communautaires et religieux locaux, l'épidémie n'a pu être endiguée avant 2020.

Ces résultats sont cohérents avec ceux de O'Keeffe, J., Takahashi, E., Otshudiema, J.O. et al. (2023), qui mettent en évidence l'importance de la surveillance communautaire précoce lors des flambées de MVE pour améliorer la détection des cas et élargir l'accès aux soins. Leur étude montre également que la participation active et constante de la communauté favorise l'appropriation des mesures de prévention, l'acceptation locale des interventions et une meilleure fourniture des services de santé. Dans la province du Nord-Kivu, cette approche communautaire n'a pas été suffisamment appliquée, contribuant ainsi à la persistance de l'épidémie.

#### **III.4. Réactions psycho-émotionnelles et processus de deuil**

L'analyse des données issues de l'observation participante a permis de comprendre la dimension psycho-émotionnelle et sentimentale des victimes confrontées aux mesures de protection contre la MVE, initialement perçues comme des transgressions à leurs coutumes et habitudes de vie. Au départ, la situation était considérée comme inadmissible, mais au fur et à mesure de l'évolution de l'épidémie, les réactions des victimes ont suivi un parcours en plusieurs étapes allant du refus à l'acceptation, puis à la participation aux activités de la riposte.

##### **Étape 1 - Le choc**

Phase initiale de sidération face à la nouvelle situation. Les communautés se sont retrouvées sans réaction apparente, incapables de répondre à l'annonce des mesures de prévention.

Exemple (Bikoro, Équateur) : « *Nous ne savons pas que faire, d'où vient encore ce problème... nous allons tous mourir.* »

Exemple (Beni, Nord-Kivu) : « *Cette maladie nous bouleverse sérieusement. Nous ne savons pas comment ça va se terminer.* »

##### **Étape 2 - Le déni**

Phase de refus de croire à l'information reçue. Les victimes contestent la réalité de la maladie et persistent dans leurs habitudes.

Exemple (Bikoro) : « *Ce n'est pas vrai, Ebola n'existe pas, c'est une machination.* »

Exemple (Beni) : « *C'est une fabrication, Ebola n'existe pas, ils tuent simplement les gens dans les CTE.* »

### **Étape 3 - Colère et marchandage**

Les victimes se révoltent face aux faits, dirigent parfois leur colère vers elles-mêmes ou les autres, et adoptent des comportements magico-religieux pour tenter de négocier un retour à la situation initiale.

Exemple (Bikoro) : « *C'est de leurs fautes, ils n'ont jamais rien fait pour moi.* »

Exemple (Beni) : « *Rendez-moi mon enfant, je vais l'amener à Goma où je pourrai m'occuper de lui.* »

### **Étape 4 - Tristesse**

Phase de désespérance et de profonde perte de motivation. Les victimes peuvent présenter une inhibition psychomotrice et un état de fatigue émotionnelle intense.

Exemple (Bikoro) : « *Ce n'est pas juste, pourquoi cela m'arrive ?* »

Exemple (Beni) : « *Trois de mes enfants sont morts... que vais-je dire à leur père ? Je suis fini.* »

### **Étape 5 - Résignation**

Abandon de la lutte pour revenir à la situation perdue. Les victimes acceptent l'impuissance face aux circonstances et se tournent vers la fatalité ou la religion.

Exemple (Bikoro) : « *C'est la vie, Dieu est en contrôle.* »

Exemple (Beni) : « *Ça ira, Dieu sait, on s'en remet entre ses mains.* »

### **Étape 6 – Acceptation**

La personne accepte la perte et commence à intégrer les événements, en retenant les bons et les mauvais moments. La confiance en soi et l'optimisme pour l'avenir se renforcent.

Exemple (Bikoro) : « *J'y pense encore parfois, mais je m'en sors.* »

Exemple (Beni) : « *C'est difficile, mais on tient le coup. Je pense à mon épouse décédée, mais je comprends que c'était son chemin.* »

### **Étape 7 - Reconstruction**

Au-delà de l'acceptation, la personne commence à se reconstruire, à réorganiser sa vie sociale et professionnelle, et à mobiliser ses ressources personnelles et spirituelles.

Exemple (Beni) : « *J'ai repris mes activités professionnelles après ce moment difficile.* »

Exemple (Bikoro) : « *Je reviens à mon fonctionnement normal, je dois reprendre mes activités champêtres pour nourrir ma famille.* »

### Étape 8 - Participation

Phase finale où les victimes s’impliquent activement dans les activités de riposte, comprenant l’importance des mesures de prévention et contribuant à l’éradication de la maladie. Cette phase est caractérisée par la lucidité, l’implication communautaire et la coopération avec les intervenants.

À Bikoro, ces étapes se sont succédé rapidement, permettant une participation efficace aux activités de riposte et une éradication rapide de la MVE. En revanche, à Beni (Nord-Kivu), l’épidémie a duré plus longtemps, car de nombreuses victimes sont restées bloquées dans les phases de déni, colère et non-acceptation, retardant ainsi la participation essentielle à la maîtrise de l’épidémie.

**Tableau 3:** Comparaison des réactions entre les provinces de l’Equateur et du Nord-Kivu

Réactions par étape	Etape 1	Etape 2	Etape 3	Etape 4	Etape 5	Etape 6	Etape 7	Etape 8	Total
<b>Participants/province</b>									
Equateur	(n=15) 3,5%	(n=11) 2,5%	(n=6) 1,4%	(n=33) 7,7%	(n=56) 13,1%	(n=101) 23,6%	(n=124) 29%	(n=81) 18,9	(427) 100%
Nord-Kivu	(n=205) 32,8%	(n=179) 28,6%	(n=108) 17,2%	(n=51) 8,1	(n=21) 3,3	(n=23) 3,6	(n=19) 3%	(n=19) 3%	(625) 100%
<b>Total</b>	220	190	114	84	77	124	143	100	1052

**Commentaire :** La comparaison entre les deux provinces montre que les réactions psycho-émotionnelles et le processus de deuil ont vite évolué d’une part, et d’autre part non. Ainsi, en Equateur, 101 participants (soit 23,6%) avaient accepté l’existence de la MVE et 81 (soit 18,9%) ont participé dans les activités de la riposte. Ce qui n’avait pas été le cas au Nord-Kivu où 205 (soit 32,9%) participants sont restés dans la phase de choc, 179 (soit 28,6%) ont développé le déni de la MVE et seulement 19 participants (soit 3%) avaient accepté de participer à la riposte.

### III.5. Non-participation, refus des mesures de prévention et conséquences

Dans la province du Nord-Kivu, la non-participation des communautés aux activités de riposte constitue un facteur majeur expliquant la progression et la persistance de la MVE. Les mesures de prévention mises en place n’étaient pas respectées, les gestes, coutumes et pratiques traditionnelles restaient en vigueur, y compris les pratiques funéraires, qui ont été source de nombreux conflits et controverses. Dans certains lieux, les familles refusaient de collaborer avec les équipes d’intervention : certains conduisaient malgré eux les malades vers les centres de traitement, manipulant corps et objets contaminés, tandis que d’autres refusaient totalement le transfert, favorisant ainsi la propagation du virus.

- Exemple 1 (Beni, Nord-Kivu) : « Je ne veux même pas qu'on me parle de votre CTE, c'est un lieu où l'on tue les gens en leur vidant tout leur sang. »
- Exemple 2 (Beni, Nord-Kivu) : « Vous arrachez les organes vitaux des malades. Vous avez tué ma femme et avez menti qu'elle est morte d'Ebola alors qu'elle était enceinte. Je n'ai rien à foutre avec ce que vous faites. »
- Exemple 3 (Beni, Nord-Kivu) : « Nous ne voulons pas de cette maladie, car elle est montée de toute pièce pour exterminer la population d'ici. »

Ces propos illustrent l'ampleur de la résistance sociale et de la perception négative de la maladie, qui ont retardé l'acceptation des mesures de prévention et limité l'implication de la population dans les activités de riposte.

## **Conclusion**

L'absence de traitement curatif contre la MVE en 2018 a constitué un véritable danger de santé publique pour les individus et les communautés touchées. Les intervenants ont principalement misé sur des mesures préventives et communautaires, reposant sur la sensibilisation et la participation active des populations.

La maladie a généré de profondes difficultés psychosociales et a affecté la santé mentale des victimes. Au début de la crise, les communautés ont souvent boycotté les directives sanitaires, privilégiant leurs us et coutumes. Ce refus de collaborer a freiné les activités opérationnelles de riposte et retardé le processus d'éradication.

La comparaison entre les provinces de l'Équateur et du Nord-Kivu met en évidence des différences notables :

- Bikoro, Équateur : Les victimes, initialement marquées par le déni et le processus de deuil, ont progressivement accepté la réalité de la maladie, participant activement aux activités de riposte. Cette implication a permis une éradication rapide de l'épidémie, avec un nombre limité de cas et une mortalité moindre.
- Beni, Nord-Kivu : Les mesures de prévention restent peu respectées, avec des comportements de déni, de colère et de non-acceptation persistants. La communauté perçoit la maladie comme une fabrication, ce qui bloque l'implication et retarde la riposte.

Ainsi, la participation des victimes et des communautés constitue un facteur clé dans la lutte contre la MVE. Les victimes qui acceptent la maladie et s'impliquent activement deviennent des acteurs essentiels, participant à la

sensibilisation, à la recherche active de cas et à la promotion des mesures de prévention. En revanche, lorsque le déni et la non-acceptation prédominent, la santé mentale des populations est affectée, la lucidité est réduite, et la propagation du virus persiste, entraînant des décès récurrents.

### **Remerciements**

Nous exprimons notre profonde gratitude à tous les participants qui, malgré leurs multiples occupations et l'instabilité sécuritaire, en particulier dans la province du Nord-Kivu, ont accepté de prendre part à cette étude. Nos remerciements s'adressent également aux responsables du Programme National de Suivi des Guéris pour leur accueil chaleureux et pour les informations complémentaires qu'ils ont bien voulu partager concernant les participants.

Nous remercions sincèrement l'ensemble des chercheurs qui, par leur contribution intellectuelle, scientifique et financière, ont permis la collecte des données dans un contexte particulièrement complexe. Enfin, toute personne ayant participé au réajustement et à la finalisation de cette étude se voit également chaleureusement remerciée pour sa disponibilité et son engagement.

**Conflit d'intérêts :** Les auteurs n'ont signalé aucun conflit d'intérêts.

**Disponibilité des données :** Toutes les données sont incluses dans le contenu de l'article.

**Déclaration de financement :** Les auteurs n'ont obtenu aucun financement pour cette recherche.

**Déclaration à l'intention des participants humains :** Le comité d'éthique de l'Institut National de Recherches Biomédicales (INRB) étant bien installé et fonctionnel, nous lui avons soumis notre protocole de recherche pour l'approbation et la réalisation de cette étude.

### **References:**

1. Audet J & Kobinger GP. (2015). Immune evasion in ebolavirus infections. *Viral Immunol*; 28:10-8; PMID:25396298; <http://dx.doi.org/10.1089/vim.2014.0066>
2. Baldé T. (2015). 'Réponse à l'Épidémie d'Ebola en Guinée : Enjeux organisationnels de Santé publique et Pistes de solution. *African Evaluation Journal* 3 (2)

3. Benton A & Dionne K.Y. (2015). International Political Economy and the 2014 West African Ebola Outbreak. *African Studies Review*, 58 (1), 223-236
4. Botbol-Baum M, Brodin M, Desclaux A. (2015). Du VIH à Ebola, réflexions éthiques sur la recherche en santé dans les pays du « Sud » et propositions de l'Inserm et de l'IRD, p. 32
5. Brown, Theodore, Marcos Cueto & Elizabeth F. (2006). "The World Health Organization and the Transition from 'International' to 'Global' Public Health. *American Journal of Public Health*, 96 (1), 62-72
6. Colorado Eileen Ellsworth (2017). Étude mixte des travailleurs humanitaires en Sierra Leone pendant l'épidémie d'Ebola de 2014-2015 : exploration de la détresse psychologique, des traumatismes, de la résilience et des stratégies d'adaptation — ProQuest, 2017. <https://www.proquest.com/openview/76601e40af4e1270db986e2ce8a22563/1?pq-origsite=gscholar&cbl=18750&diss=y>
7. Desclaux A, Sow K. (2015). « "Humaniser" les soins dans l'épidémie d'Ebola ? Les tensions dans la gestion du care et de la biosécurité dans le suivi des sujets contacts au Sénégal », *Anthropologie & Santé* [En ligne. <http://anthropologiesante.revues.org/1751> ; DOI : 10.4000/anthropologiesante.1751
8. Eboko F. (2005). « Patterns of mobilization: political culture in the fight against AIDS », in Amy, Ed. *The African State and the AIDS Crisis*, Ashgate, Aldershot, 2005, p. 37-58;
9. Eboko F. *Politique publique et sida en Afrique. De l'anthropologie à la science politique* ». *Cahiers d'études africaines*, XLV (2), 178 : 351-387
10. Elizabeth Kübler-Ross (2005). *Sur le chagrin et le deuil*. Ed. Electre: New York
11. Epelboin A. (2010). « L'anthropologue dans la réponse aux épidémies : science, savoir-faire ou placebo ? », *Bulletin Amades* [En ligne], 78|2009. <http://amades.revues.org/1060>
12. Epstein L, Wong KK, Kallen AJ et Uyeki TM. (2015). Signes et symptômes post-Ebola chez les survivants américains. *N Engl J Med*. 373:2484–6. doi: 10.1056/NEJMc1506576
13. Fairhead J. (2016). Understanding Social Resistance to the Ebola Response in the Forest Region of the Republic of Guinea: An Anthropological Perspective. *African Studies Review*, 59(3), 7-31.
14. Faye SL. (2015). « L'exceptionnalité » d'Ebola et les « réticences » populaires en Guinée-Conakry. Réflexions à partir d'une approche d'anthropologie symétrique ». *Anthropologie & Santé*, 11 (16), 20-52

15. Fribault M. (2015). « Ebola en Guinée : violences historiques et régimes de doute », *Anthropologie & Santé* [En ligne, <http://anthropologiesante.revues.org/1761>
16. Gasquet-Blanchard C. (2017). L'épidémie d'Ebola de 2013-2016 en Afrique de l'Ouest : analyse critique d'une crise avant tout sociale. *Éditions S.F.S.P*, 4 (29), 453-464. DOI 10.3917/spub.174.0453
17. Haas P. (1992). Introduction: Epistemic communities and international policy coordination. *International Organization*, 46 (1), 1-35
18. Kazadi Mwamba D, Zarowsky C, Manianga CP, Kapanga S & Moullec G. (2024). Engagement communautaire et prise en compte de la détresse psychologique, de la peur et de la stigmatisation dans la surveillance et la gestion des épidémies de la maladie à virus Ebola dans l'approche « Une seule santé » en République démocratique du Congo. *Global Health Promotion*, 32 (2). <https://doi.org/10.1177/17579759241277117>
19. Lehmann M, Bruenahl CA, Löwe B, Addo MM, Schmiedel S, Lohse AW et al. (2015). Ebola et stress psychologique des professionnels de santé. *Revue des maladies infectieuses émergentes - CDC*. [https://wwwnc.cdc.gov/eid/article/21/5/14-1988\\_article](https://wwwnc.cdc.gov/eid/article/21/5/14-1988_article)
20. Mbaye M & al. (2017). « Évolution de l'implication des communautés dans la riposte à Ebola ». *Santé Publique*, 29 (4), 487-496
21. Michel Muvudi's. (2019). *Lutter contre Ebola : impliquer la communauté présente une clé de succès*. Amazon : Paris
22. Mohammed A, Sheikh TL, Gidado S, Poggensee G, Nguku P, Olayinka A et al. (2014). Évaluation de la détresse psychologique et du soutien social des survivants et des contacts de la maladie à virus Ebola et de leurs proches à Lagos, au Nigéria : étude transversale. *BMC Public Health*. (2015) 15:824. doi : 10.1186/s12889-015-2167-6
23. Muhindo Kivikyavo I. (2024). *Logiques d'actions et réactions locales dans la lutte contre le dixième épisode de la maladie à virus Ebola*. Thèse de doctorat, Université de Liège. <https://hdl.handle.net/2268/320134>
24. Nicatri E, Balestra P, Ricottini M, Petrosillo N, Caro AD, Capobianchi MR et al. (2016). Déficience neurocognitive temporaire avec le virus Ebola. *J Neurol Neurochirurgie Psychiatrie*. 87 : 1386-7. Est-ce que je: Doi : 10.1136/jnnp-2016-313695
25. O'Keeffe, J., Takahashi, E., Otshudiema, J.O. & al. (2023). Strengthening community-based surveillance: lessons learned from the 2018–2020 Democratic Republic of Congo (DRC) Ebola outbreak. *Confl Health* 17, 41. <https://doi.org/10.1186/s13031-023-00536-7>
26. OMS (2015). *Virus Ébola : l'heure de la remise en perspective : Genève*

27. OMS. Atlas de la santé mentale 2020 : Profil de pays : Guinée (2023). <https://www.who.int/publications/m/item/mental-health-atlas-gin-2020-country-profile>
28. OMS. Libéria-WHO MiNDbank – Politique et plan stratégique de santé mentale pour le Libéria (2016-2021), (2023). <https://extranet.who.int/mindbank/item/6397>
29. OPS. Santé mentale et soutien psychosocial en situation d'urgence (SMSPS)-OPS/OMS | Organisation panaméricaine de la santé, (2023). <https://www.paho.org/en/topics/mental-health-and-psychosocial-support-emergencies-mhpss>
30. Paladino L, Sharpe RP, Galwankar SC, Sholevar F, Marchionni C, Papadimos TJ et al. (2017). Réflexions sur l'urgence de santé publique internationale Ebola, deuxième partie : l'épidémie invisible de stress post-traumatique parmi le personnel soignant et les survivants de l'épidémie d'Ebola de 2014-2016. *J Glob Infect Dis.* 9:45–50. doi: 10.4103/jgid.jgid\_24\_17
31. Patrick Deville. (2009). Une étrange affaire des correspondances. Amazon : Paris
32. Pourrut X, Kumulungui B, Wittmann T, Moussavou G, Delicat A, Yaba P, Nkoghe D, Gonzalez JP, Leroy EM. The natural history of Ebola virus in Africa. *Microbes infect* 2005; 7:1005-14; PMID: 16002313; <http://dx.doi.org/10.1016/j.micinf.2005.04.006>
33. Rabelo I, Lee V, Fallah MP, Massaquoi M, Evlampidou I, Crestani R, et al. (2016). Détresse psychologique chez les survivants d'Ebola sortis d'une unité de traitement Ebola à Monrovia, au Libéria – étude qualitative. *Front Public Health.* 4:142. doi: 10.3389/fpubh.2016.00142
34. Rimoin AW, Hotez PJ. NTDs in the heart of darkness: the Democratic Republic of Congo's unknown burden of neglected tropical diseases. *PLoS Negl Trop Dis* 2013; 7: e2118; PMID:23936557; <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pntd.0002118>
35. Sevidzem Wirsiy F, Tahmo BN, David M. Brett-Major & Lambéd Tatak. (2024). Résilience des services de santé mentale face aux épidémies de maladie à virus Ebola en Afrique : revue systématique. *Frontières de la santé publique,* 24 (12), 55-67. doi.org/10.3389/fpubh.2024.1369306
36. Thomas A. (2009). Communication sur les risques et les épidémies : leçons tirées de paradigmes alternatifs. *Revue Social Science in Humanitarian Action Platform.* <https://www.socialscienceinaction.org>  
Roberts N. (2020). Épidémie d'Ebola et innovation : étude de l'approche adoptée pour l'épidémie au Nord-Kivu. *Réseau des pratiques humanitaires,* n°7, (1), 77-99

37. Wilson HW, Amo-Addae M, Kenu E, Ilesanmi OS, Ameme DK et Sackey SO. (2016). Syndrome post-Ebola chez les survivants de la maladie à virus Ebola dans le comté de Montserrado, Libéria. *Biomed Res Int.* (2018) 28: e1909410. doi: 10.1155/2018/1909410
38. Wilson JA & Hart MK. (2001). Protection contre le virus Ebola médiée par les lymphocytes T cytotoxiques spécifiques de la nucléoprotéine virale. *J Virol*; 75: 2660-4; PMID: 11222689; <http://dx.doi.org/10.1128/JVI.75.6.2660-2664.2001>
39. World Health Organization. (2016). Ebola virus disease fact sheets. Available at: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs103/en/>. Access: May 27
40. Yuxiao Wang, Jingxin Li, Yuemei Hu, Qi Liang, Mingwei Wei & Fengcai Zhu. (2016). Vaccins Ebola en essai clinique : les candidats prometteurs. *Vaccins humains et immunothérapies*, 13, (1), 13-44

## Appendix

### GUIDE D'ENTRETIEN

**Les questions principales (ouvertes) sont en noir et les questions de relance (clarifications) sont en bleu**

#### I. INFORMATIONS SUR LE REpondANT

Sexe :

Tranche d'âge :

Niveau d'instruction :

Statut par rapport à la MVE :

Appartenance communautaire :

Emploi actuel :

Zone de santé :

#### II. DEROULEMENT DE L'ENTRETIEN

##### A. Expériences du vécu subjectif de la maladie à virus Ébola

1. Pouvez-vous nous parler de votre expérience par rapport à la MVE ?
  - Le vécu de la maladie, de la maladie et/ou la mort de proches, de menace d'être contaminé, du deuil
  - 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) ?
  - Qu'est-ce qui a été le plus difficile à vivre ?
    - Le vécu dans le CTE ?
    - La peur de la mort ?
    - L'anxiété ?
  - 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) ?
    - La persistance de certains symptômes physiques ?
    - La persistance de la souffrance psychique ?
    - Le deuil (pour les membres de la famille)
    - Les pertes économiques (perte de la maison, perte des affaires) ?
  - Des gens ont-ils été désagréables avec vous à cause de la MVE ?
    - Vous êtes-vous senti stigmatisé, humilié à cause de la MVE ?
    - Des gens ont-ils refusé de vous parler ?
    - Avez-vous perdu votre travail à cause de la MVE ?
    - Des gens ont-ils été désagréables avec des membres de votre famille ?

**B. Contexte du vécu subjectif et conception de la Maladie à Virus Ébola**

1. Parlez-nous du contexte dans lequel la MVE vous est apparue ?
  - Contexte social de l'apparition de l'épidémie ?
  - Contexte familial de l'apparition d'Ebola ?
  - Contexte individuel?

**C. Importance du respect des mesures de protection**

1. Parlez-nous de comment vous avez fait pour respecter les mesures de prévention ?
  - La MVE n'existe pas, inutile de s'en protéger ?
  - Les intervenants ne sont que des commerçant, ils n'ont rien n'a dire ?
  - La colère contre les autorités suite à l'insécurité ?
  - La MVE n'a rien de véridique, il s'agit d'une machination ?

**D. Réactions psycho-émotionnelles et processus de deuil**

1. Parlez-nous de comment vous avez réagi et ressenti lors de l'apparition de la MVE ?
  - Avez-vous été choqué par l'apparition de la MVE ?
  - Il vous est arrivé de refuser l'existence de la MVE et comment ?
  - Avez-vous eu l'impression que celle l'intervention de Dieu suffit ?
  - Avez-vous accepté que la MVE est une maladie comme toute autre ?
  - Avez-vous repris facilement vos activités habituelles pendant ces temps ?
  - Avez-vous été accepté d'aider les équipes pour éradiquer la MVE ?