

Représentations sociales de la riposte contre la Maladie à Virus Ebola au Nord-Kivu : Analyse des perceptions communautaires

Jean-Claude Mukanzo Mavu
Université de Kinshasa, RDC

[Doi:10.19044/esj.2026.v22n15p124](https://doi.org/10.19044/esj.2026.v22n15p124)

Submitted: 28 January 2026

Accepted: 28 April 2026

Published: 31 May 2026

Copyright 2026 Author(s)

Under Creative Commons CC-BY 4.0

OPEN ACCESS

Cite As:

Mukanzo Mavu, J.C. (2026). *Représentations sociales de la riposte contre la Maladie à Virus Ebola au Nord-Kivu : Analyse des perceptions communautaires*. European Scientific Journal, ESJ, 22 (15), 124. <https://doi.org/10.19044/esj.2026.v22n15p124>

Résumé

L'objectif de cette étude est d'analyser les avis et considérations de la population affectée par la Maladie à Virus Ebola (MVE) sur l'organisation et le fonctionnement de la riposte contre cette maladie. Cet examen est fondamental pour comprendre pourquoi, malgré la mobilisation de moyens colossaux (humains, matériels et financiers) par le Gouvernement de la RDC et ses partenaires, la riposte a été confrontée à une résistance et à une hostilité de la part de la communauté. L'étude qualitative menée via des *focus groups*, a révélé que la population du Nord-Kivu qui vivait sa première expérience de la MVE, n'a pas été bien préparée par la riposte pour s'adapter à cette nouvelle réalité. Le contexte d'insécurité chronique et d'atrocités antérieures imputées au pouvoir de Kinshasa et à une complicité occidentale a servi de socle à une représentation sociale négative de la riposte, conduisant logiquement à l'hostilité de la communauté.

Mots-clés: Maladie à Virus Ebola, Riposte, Perceptions communautaires, comportements de santé

Social Representations of the Ebola Virus Disease Response in North Kivu: Analysis of Community Perceptions

Jean-Claude Mukanzo Mavu
University of Kinshasa, DRC

Abstract

The objective of this study is to analyze the opinions and considerations of the population affected by Ebola Virus Disease (EVD) regarding the organization and operation of the response to this disease. This examination is essential to understand why, despite the mobilization of colossal resources (human, material, and financial) by the DRC government and its partners, the response encountered resistance and hostility from the community. The qualitative study, conducted through focus groups, revealed that the population of North Kivu, experiencing its first EVD, was not well prepared for the response to adapt to this new reality. The context of chronic insecurity and previous atrocities attributed to the Kinshasa government and Western complicity served as a basis for a negative social perception of the response, logically leading to hostility from the community.

Keywords: Ebola Virus Disease, Response, Community Perceptions, Health Behaviors

Introduction

Le premier août 2018, le Gouvernement de la République Démocratique du Congo avait déclaré l'épidémie de la Maladie à Virus Ebola dans la zone de santé de Mabalako au Nord-Kivu. Une riposte avait été mise en place au cours de laquelle, le Gouvernement et ses partenaires techniques et financiers ont mobilisé des moyens colossaux (humains, matériels et financiers) pour lutter contre l'épidémie qui s'était étendue dans deux provinces voisines du Nord-Kivu à savoir : Ituri et Sud-Kivu.

Après cinq mois de riposte, l'évaluation à mi-parcours des activités a montré que, malgré la réduction sensible de la transmission de l'épidémie dans les foyers initiaux de Mangina/Mandima et de Béni, une augmentation importante de l'incidence des nouveaux cas était observée particulièrement le long du corridor vers le grand centre urbain de Butembo (zones de santé de Butembo et Katwa) et au-delà dans la zone de santé de Kayna située à environ 150 km de Goma. Par ailleurs, des foyers actifs ont émergé vers le nord notamment dans les zones de santé de Komanda et Oicha (Plan Stratégique de Riposte 3, 2019).

L'évaluation à mi-parcours a permis la mise en place des mesures correctives pour renforcer la riposte. Malheureusement, 10 mois après soit en novembre 2019, l'OMS (2019), affirmait dans son bulletin épidémiologique que la violence, les troubles civils généralisés et les attaques ciblées ont gravement perturbé la riposte et restreint l'accès aux communautés touchées dans plusieurs endroits.

Cette déclaration de l'agence onusienne faisait référence aux attaques armées visant les agents de la riposte et qui ont fait quatre morts et six blessés à Biakato, sans oublier la première attaque qui avait coûté la vie à un médecin épidémiologiste camerounais en avril 2019 à Butembo, les destructions méchantes dans les différents points d'entrée et de contrôle, les attaques suivies des incendies des centres de traitement Ebola à Katwa, à Butembo et à Goma, ainsi que des multiples manifestations civiles contre les activités de la riposte à Beni et à Butembo.

Les comportements hostiles aux activités de la riposte énumérés ci haut suscitent des doutes et soulèvent la problématique de l'appropriation de la riposte par les communautés affectées, notamment, en adoptant les comportements de santé vulgarisés par la riposte. En d'autres termes, on s'attendait après plus d'une année de riposte, que la majorité de la population des zones affectées, adopte les comportements de santé en rapport avec la MVE, ce qui n'est pas le cas au regard des comportements hostiles énumérés ci-dessus.

En effet, la résistance au changement de comportements en matière de la santé est une situation qui préoccupe les chercheurs en psychologie de la santé. On cherche à comprendre les facteurs qui favorisent ou non l'adoption des comportements de santé. La plupart des études menée dans ce domaine concerne surtout les maladies chroniques pour une raison simple : ces maladies exigent un traitement au long court et beaucoup plus d'implication personnelle du patient que le traitement des autres maladies. La littérature sur les facteurs de comportements de santé en rapport avec l'hypertension artérielle et le diabète peut nous éclairer sur les comportements de santé liés à la MVE.

Laurent et al (2003), ont mené une enquête nationale en France dont l'objectif était d'identifier les facteurs socio-démographiques, cliniques, psycho-comportementaux et thérapeutiques explicatifs du non-contrôle de l'hypertension artérielle dans une population d'hypertendus suivis en pratique ambulatoire. Il s'agissait d'une enquête transversale, observationnelle, nationale, en miroir réalisée auprès de 347 médecins généralistes et 210 cardiologues sur une population de 2022 patients hypertendus suivis par ces mêmes praticiens. Les données ont été recueillies au moyen d'un questionnaire autoadministré.

Les résultats de l'enquête ont montré que sur le plan comportemental, les patients non-contrôlés étaient plus souvent anxieux, irritables, disant mener une vie stressante, et pour eux, l'hypertension artérielle était plutôt vécue comme un corps étranger et une source de frustrations et de privations multiples. Les médecins non-contrôlés considéraient la prise en charge de l'HTA comme moins gratifiante, et l'HTA comme une affection d'évolution fluctuante, mal comprise et dramatisée par les patients.

En conclusion, l'enquête a souligné le poids des systèmes réciproques de représentation de l'HTA chez les patients et leurs médecins, ainsi que de la qualité de la relation médecin-malade dans le contrôle tensionnel.

Un groupe de chercheurs camerounais a mené une étude mixte (étude qualitative et quantitative) auprès de 109 patients diabétiques adultes résidant en zone urbaine, et suivis au Centre National d'Obésité de l'Hôpital Central de Yaoundé, dont l'âge minimum du diabète était de deux ans. L'objectif de l'étude était d'analyser sous un angle socio-anthropologique, le rapport qu'établissait le patient diabétique avec son régime thérapeutique ; tenter d'aller au-delà des discours médicaux afin de saisir les logiques explicatives qui sous-tendaient la conformité ou la non-conformité des patients diabétiques aux ordonnances médicales.

Les résultats de l'étude ont révélé que, l'adhésion thérapeutique ne dépendait pas uniquement de la volonté du patient, mais qu'elle était profondément déterminée par l'ensemble des représentations sociales que développait le patient sur la maladie, le traitement et le corps médical. En plus, la conformité ou la non-conformité aux prescriptions médicales était intimement liée à des facteurs sociaux et économiques de l'environnement des patients diabétiques. Et enfin, les résistances qu'opposaient les patients diabétiques face aux recommandations médicales étaient dotées de rationalité et pouvaient être comprises comme une quête du sens du mal.

Ces deux études ont mis en évidence le rôle de la représentation sociale de la maladie dans l'adoption des comportements de santé. Dans la présente étude, nous cherchons à comprendre dans quelle mesure les comportements de santé de la population du Nord-Kivu affectée par la Maladie à virus Ebola, sont-ils influencés par la représentation sociale de cette maladie et de la riposte. Ainsi, nous nous proposons de répondre à la question suivante : comment la population affectée du Nord-Kivu se représente-t-elle la riposte organisée pour lutter contre la MVE ?

Par hypothèse, nous pensons que la population affectée du Nord-Kivu s'est construit une représentation négative de la riposte, ce qui justifie les comportements hostiles manifestés par la communauté contre la riposte. Pour vérifier cette hypothèse, l'étude s'est assignée les objectifs suivants:

- Analyser le contexte psychosocial dans lequel la riposte a été organisée ;

- Identifier les problèmes organisationnels et fonctionnels de la riposte qui ont suscité les réactions négatives de la part de la communauté ;
- Analyser l'impact psychosocial et économique des activités de la riposte sur les communautés.

1. Méthodologie du travail

1.1. Site de l'étude

L'étude a été menée en République démocratique du Congo, dans la province du Nord-Kivu, sur trois sites à savoir : Beni, Butembo et Mangina. Nous avons affiché, avec l'autorisation des autorités politico-administratives, un communiqué au bureau de chacune des zones de santé où se trouvent les trois sites retenus : les zones de santé de Butembo et Katwa pour le site de Butembo, la zone de santé de Mabalako pour le site de Mangina et la zone de santé de Beni pour le site de Beni. Les volontaires étaient appelés à s'enregistrer, et la liste devait être clôturée à la 25^{ème} personne.

La population de l'étude était constituée de la population des zones de santé ayant notifié au moins un cas de la MVE. De cette population constituée de 5.034.558 habitants couvrant dix-huit zones de santé (Rapport de la Division Provinciale de la Santé du Nord-Kivu, 2020), nous avons sélectionné occasionnellement 75 sujets comme échantillon d'étude.

Tableau 1 : Répartition des sujets selon les sites

Sites	fréquence	Pourcentage
Beni	25	16,5
Butembo	25	16,5
Mangina	25	16,5
Total	75	100

Source: Notre enquête sur terrain

Dans chaque site retenu, nous avons sélectionné 25 sujets à l'exception de la zone de santé de Katwa qui compte 105 sujets.

Tableau 2 : Répartition des sujets selon l'occupation

Occupation	fréquence	Pourcentage
Enseignants	21	28
Leaders locaux (société civile)	19	25,3
Personnel de santé	20	26,7
Agents de la petite territoriale	15	20
Total	75	100

Source: Notre enquête sur terrain

La majorité de sujets étaient constituée des enseignants (28%) suivis du personnel de santé (26,7%) et des leaders locaux (chefs des groupes de pressions, pasteurs, avocats) et des agents de la petite territoriale représentant respectivement 25,3% et 20%.

1.2. Collecte et analyse des données

Pour répondre à la question soulevée dans la problématique et vérifier l'hypothèse de recherche, nous avons opté pour l'approche qualitative en utilisant la méthode d'enquête appuyée par la technique de focus-group.

Les séances de groupes ont été organisées et animées par nous-même dans trois sites à savoir : Beni, Butembo et Mangina. Elles ont réuni 25 participants par site pour débattre sur deux thèmes principaux à savoir : les réactions de la population à l'annonce de la MVE et les comportements affichés par la même population face à la riposte organisée pour lutter contre la MVE et aux actions recommandées par cette même riposte.

Le premier thème a été discuté autour de trois questions principales à savoir :

- Comment la population a réagi de manière générale à l'annonce de la maladie dans la Province ?
- Qu'est ce qui a expliqué cette façon de réagir de la population ?
- Comment jugez-vous le rôle joué par les agents de la riposte pour canaliser les réactions de la population ?

Le second thème a tourné également autour de trois questions principales ci-après :

- Comment la population a-t-elle réagi de manière générale aux mesures de prévention et de protection contre la MVE vulgarisées par la riposte ?
- Qu'est ce qui a justifié cette réaction de la population ?
- Quel a été le rôle de la riposte dans la canalisation des réactions de la population vis-à-vis de ces mesures ?

Pour chaque question soulevée, le débat engagé devait aboutir à un avis collectif qui est considéré comme la réponse du groupe à la question. Le dépouillement des données du focus-group s'est fait par la rédaction sous forme de compte rendu, des avis collectifs dégagés pour chaque question et pour chaque thème.

2. Résultats de l'étude

Les critiques et les avis de la population sur la riposte se sont cristallisés autour de quatre axes principaux : l'ignorance initiale de la MVE, la signification socioculturelle attribuée à la maladie, la résistance perçue comme un mécanisme de défense et de survie, et les erreurs concrètes commises par l'équipe de riposte.

2.1. Le contexte psychosocial

La riposte contre la MVE a été lancée au Nord-Kivu dans un environnement déjà marqué par la terreur et la méfiance. Le Territoire de Beni, habité majoritairement par le peuple Nande, était confronté aux massacres et aux enlèvements perpétrés par les ADF. La population accusait déjà le pouvoir de Kinshasa d'être derrière ces tueries ou de ne rien faire pour les stopper.

Dans ce climat, l'annonce de la MVE a été interprétée non pas comme une catastrophe sanitaire naturelle, mais comme une invention des Occidentaux en complicité avec le pouvoir de Kinshasa pour exterminer le peuple Nande, une "mission" que les ADF n'auraient pas réussi à accomplir.

Cette conviction, renforcée par des fausses croyances (telles que l'idée qu'Ebola devait obligatoirement présenter des symptômes hémorragiques, ou l'incrédulité quant à la possibilité pour le virus de voyager de la Province de l'Équateur jusqu'au Nord-Kivu sans contaminer les provinces intermédiaires), a transformé l'organisation de la riposte en preuve de l'intention maléfique :

- Le Centre de Traitement Ebola (CTE) comme "mouroir" : Le CTE était considéré comme un lieu où l'on amène les gens pour les tuer. La rumeur affirmait que l'on y amenait tous les malades (diabétiques, hypertendus, paludéens) et qu'ils n'en sortiraient plus vivants.
- L'Enterrement Digne et Sécurisé et le vol d'organes : La pratique d'enterrer les corps sans manipulation et en dehors des pratiques coutumières, bien que nécessaire pour des raisons sanitaires, était interprétée comme un moyen de dissimuler les prélèvements d'organes réalisés sur les cadavres.
- La diabolisation des outils de prévention : Le vaccin était perçu comme du poison retardé. Le thermo-flash, utilisé pour mesurer la température, était considéré comme un instrument destiné à rendre stériles les hommes et les femmes Nande. L'eau chlorée était interprétée comme un moyen de propager la maladie.

2.2. Les problèmes organisationnels et fonctionnels de la riposte

Au-delà de l'interprétation maléfique de la riposte, l'organisation et le fonctionnement de cette dernière ont été entachés d'erreurs, principalement au début de l'opération, ce qui a contribué à renforcer la résistance communautaire. Ces erreurs concernaient principalement la communication et le recrutement des prestataires.

2.2.1. Problèmes liés à la communication

L'organisation de la riposte n'a pas réussi à établir un lien de confiance avec la population, en partie à cause de la précipitation et du manque de contextualisation. Les faits qui suivent justifient cette erreur stratégique

a. Présence massive d'étrangers et barrière linguistique

Dès le début, la riposte a fait venir des médecins et des agents étrangers (expatriés et Congolais d'autres provinces). Ces agents n'ont pas eu le temps de prendre contact avec les populations pour expliquer leur mission, commençant directement à travailler. Une grande majorité des premiers agents ne parlaient pas les langues locales (Kinande et Swahili), créant une barrière psychologique dans l'acceptation des traitements et de la maladie elle-même. La population en a conclu que ces personnes n'étaient pas dignes de confiance et que les étrangers cherchaient à les exclure des opportunités d'emploi.

b. Communication inadéquate et contradictoire

L'incapacité des prestataires à parler la langue locale a conduit à l'utilisation excessive de dépliants. Sur ces supports, le symptôme le plus visible est souvent l'hémorragie, renforçant la fausse croyance selon laquelle tout malade d'Ebola devait présenter des signes hémorragiques. L'hospitalisation forcée de personnes ne présentant pas d'hémorragie suscitait la colère et les questionnements, validant la rumeur selon laquelle le CTE était un "mouroir" pour toutes sortes de malades.

c. Problèmes de compétence

La riposte a engagé des locaux sans tenir compte de leur formation de base et sans une bonne formation sur la MVE. En conséquence, certains membres du staff de communication n'étaient pas en mesure d'expliquer correctement les symptômes et les modes de transmission, semant la confusion et amenant la communauté à nier la MVE et à remettre en cause le diagnostic des médecins.

d. Lenteur dans les résultats de laboratoire

Les populations se plaignaient de la lenteur dans la communication des résultats des tests Ebola, qui pouvaient attendre jusqu'à trois jours dans l'incertitude complète. Ce délai laissait penser que les médecins voulaient manipuler les résultats pour obtenir plus de cas positifs et garantir le financement continu de la riposte.

2.2.2. Problèmes liés au recrutement et aux relations sociales

La gestion des ressources humaines par la riposte a créé de fortes tensions au sein de la communauté et du personnel de santé local.

a. Exclusion du personnel de santé local

La première équipe était composée d'étrangers, et le recrutement local opéré a exclu les médecins et infirmiers en fonction dans les structures sanitaires de la place (sauf ceux dont les structures étaient transformées en CTE). Le personnel de santé local, bien qu'associé aux activités de surveillance (recherche active, alerte), n'était pas rémunéré. Cette exclusion a provoqué la frustration et la jalousie, notamment envers les agents non qualifiés et les relais communautaires qui, eux, étaient payés.

Frustré et accusé par la communauté de complicité, ce personnel de santé local a mené une contre-campagne consistant à cacher les suspects dans leurs structures ou à décourager les malades d'aller au CTE.

b. Clientélisme et incompétence

Le recrutement des prestataires locaux a été marqué par le clientélisme de la part des autorités sanitaires. Des chauffeurs étaient recrutés à la place de maçons, des cuisiniers à la place d'hygiénistes, et des sensibilisateurs qui étaient auparavant charpentiers ou plombiers. Cette logique de recrutement, visant à permettre aux membres de la fratrie ou aux amis des décideurs d'accéder à la précieuse aubaine que présentait l'épidémie, a engendré de la méfiance dans la population.

En outre, l'approche de la riposte a privilégié le recours aux autorités politico-administratives (APA) comme acteurs clés de la surveillance, oubliant les organisations de la société civile. La population, qui n'avait pas confiance dans les APA nommées sur la base de calculs politiques, n'accordait aucune importance à leurs messages de sensibilisation.

2.3. L'impact psychosocial et économique de la riposte

En dehors des erreurs stratégiques, l'organisation de la riposte a généré des tensions psychosociales et économiques qui ont nourri l'hostilité et la résistance active.

a. La résistance utilisée comme solution de survie

Le refus d'accepter la MVE dans sa version scientifique est un mécanisme de défense collectif contre l'angoisse de la mort suscitée par la maladie. Puisque la riposte était considérée comme une menace au même titre que les ADF, la résistance active est devenue une question de survie pour la communauté Nande.

Les actes de résistance comprenaient le refus d'amener des proches à l'hôpital ou au CTE, le refus de la vaccination, et des attaques armées et non armées contre les prestataires et les infrastructures de la riposte. Ces actes avaient pour objectif d'obtenir la fin de la riposte qui était perçue comme nous l'avons déjà dit, comme une menace pour la population.

b. Frustrations économiques et sociales

La riposte a provoqué des bouleversements socio-économiques qui ont attisé l'hostilité.

b.1. Fuite de la main-d'œuvre et frustration des commerçants

La riposte a détourné la main d'œuvre qualifiée et a ouvert la voie à des revendications salariales. Le salaire mensuel dans les magasins de Butembo et Beni dépassait rarement 30\$ US. Les jeunes recrutés par la riposte pouvaient gagner jusqu'à cinq fois ce salaire (atteignant au moins 100 \$ US par mois), devenant relativement "très riches" en quelques semaines. Les commerçants, incapables de retenir leur personnel expérimenté ou de satisfaire la grogne salariale de ceux qui restaient, ont développé de la frustration et souhaitaient la fin de l'épidémie. Certaines indiscretions affirmaient même que des attaques contre la riposte étaient financées par certains commerçants.

b.2. Jalousie des jeunes

Les jeunes des quartiers populaires étaient frustrés car leurs copines les quittaient facilement pour les agents de la riposte mieux rémunérés et assurant une meilleure prise en charge. Ils encourageaient donc tout mouvement visant à mettre fin aux activités de la riposte. (Il est à noter que certains acteurs locaux ont bénéficié de la riposte, notamment le secteur du transport qui a fait louer plus de 1000 véhicules).

3. Discussion des résultats

La discussion des résultats de cette étude qualitative vise à confronter les perceptions communautaires recueillies au Nord-Kivu sur la riposte contre la Maladie à Virus Ebola (MVE) avec l'hypothèse de recherche, et à éclairer ces conclusions à la lumière des cadres théoriques de la psychologie de la santé et des représentations sociales.

3.1. Confirmation de l'hypothèse et fondement de l'hostilité communautaire

Les résultats de l'étude confirment l'hypothèse initiale selon laquelle la population affectée du Nord-Kivu s'est construit une représentation négative de la riposte, ce qui justifie les comportements hostiles observés. L'analyse a démontré que l'hostilité et la résistance de la communauté étaient logiquement causées par cette représentation sociale défavorable. Loin d'être perçue comme une aide sanitaire, le dispositif de riposte a été interprété par la communauté comme une continuation de l'oppression sociopolitique, alimentant ainsi directement la résistance aux mesures de santé préconisées.

3.2. L'ancrage de la méfiance dans le contexte historique

Un facteur essentiel qui a déterminé cette représentation négative est le contexte d'insécurité chronique et d'atrocités antérieures imputées au pouvoir de Kinshasa et à la complicité occidentale. Dans ce climat de terreur (notamment les massacres perpétrés par les ADF) et de méfiance envers Kinshasa, l'annonce de la MVE a été interprétée non pas comme une catastrophe naturelle, mais comme une invention des Occidentaux en complicité avec Kinshasa pour exterminer le peuple Nande.

La résistance active est ainsi devenue un mécanisme de défense collectif et une question de survie face à la riposte, considérée au même titre que les ADF comme une menace. Ce climat a conduit à la diabolisation des outils de prévention (le vaccin perçu comme du poison retardé, le thermo-flash comme un instrument de stérilisation), et à l'interprétation du Centre de Traitement Ebola (CTE) comme un « mouvoir ».

3.3. Les erreurs opérationnelles renforçant la représentation négative

Les critiques de la population se sont focalisées sur des erreurs stratégiques et fonctionnelles de la riposte, principalement en début d'opération. L'organisation n'a pas réussi à établir un lien de confiance. La présence massive d'agents étrangers qui ne parlaient pas les langues locales (Kinande et Swahili) a créé une barrière psychologique, conduisant la population à conclure que ces personnes n'étaient pas dignes de confiance. De plus, l'exclusion et la non-rémunération du personnel de santé local en fonction ont engendré frustration et jalousie, incitant ce personnel à mener une contre-campagne (cachant les suspects ou décourageant les malades d'aller au CTE). Le clientélisme dans le recrutement local (des chauffeurs à la place de maçons, des plombiers comme sensibilisateurs) a engendré de la méfiance. L'ensemble de ces défaillances opérationnelles a validé la rumeur selon laquelle la riposte était manipulatrice ou incompetente, renforçant l'interprétation maléfique.

Conclusion

L'analyse des avis de la population sur l'organisation et le fonctionnement de la riposte montre que, en raison d'une communication défectueuse, de l'exclusion du personnel local, du clientélisme dans le recrutement et de l'incapacité à rassurer la communauté dans un contexte d'insécurité historique, le dispositif de riposte a été perçu comme une continuation de l'oppression socio-politique plutôt qu'une aide sanitaire. Ces facteurs ont alimenté la représentation sociale négative de la MVE et ont directement suscité l'hostilité et la résistance de la population vis-à-vis des agents et des mesures de santé, rendant l'objectif d'interrompre la chaîne de transmission extrêmement difficile à atteindre.

Conflit d'intérêts : L'auteur déclare n'avoir aucun conflit d'intérêts.

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

Déclaration de financement : L'auteur n'a obtenu aucun financement pour cette recherche.

Déclaration relative aux participants humains : Cette étude a été approuvée par le Comité d'éthique de la Recherche de la Faculté de Psychologie et des Sciences de l'Education de l'Université de Kinshasa, et les principes de la Déclaration d'Helsinki ont été respectés.

References:

1. Baggio, O. (2020) Mécanisme de réponses communautaires en temps réel concernant le virus Ébola, SSHAP Étude de cas 10, UNICEF, IDS et Anthrologica.
2. Bruchon-Schweitzer M., Boujut, É. (2014). Des croyances aux comportements : conceptions et modèles. In : *Psychologie de la santé. Concepts, méthodes et modèles*.
3. Creusat, L. (2000). *Gestion traditionnelle de la maladie et politiques de santé en Afrique du Sud*. Clermont-Ferrand : Presses Universitaires Blaise Pascal.
4. Crocq, L. (1992). « Panorama des séquelles des traumatismes psychiques. Névroses traumatiques, états de stress post-traumatique et autres séquelles ». In : *Psychologie Médicale*, vol. 24, n°5.
5. Fischer, G., & Tarquinio, C. (2006). *Les concepts fondamentaux de la psychologie de la santé*. Paris : Dunod.
6. Flament, C. (1989). Structure et dynamique des représentations sociales. In Jodelet, D. (Ed.). *Les représentations sociales*. Paris : Presses Universitaires de France.
7. Herzlich, C. (1969). Santé et maladie. Analyse d'une représentation sociale. Paris : EHESS.
8. Laplantine, F. (1986). *Anthropologie de la maladie*. Paris : Payot.
9. Laurent, S. et al (2003). Causes de non-contrôle de l'hypertension artérielle. *Archives des maladies du cœur et des vaisseaux*, tome 96, n°9.
10. Moscovici, S. (1976). Psychologie des représentations sociales. *Cahiers Vilfredo Pareto*, 14 (409-416).
11. Mucchielli, A. (2009). *Dictionnaire des méthodes qualitatives en sciences humaines et sociales*. Paris : Armand Collin.

12. OMS 2022, Traitements contre la maladie à virus Ebola, Genève, OMS.
13. Rateau, P. & Lo Monaco, G. (2013). La Théorie des Représentations Sociales : orientations conceptuelles, champs d'applications et méthodes. In *CES Psicología*, vol. 6, numéro 1.
14. Theophane Christelle Bella, V. et al (2012). Analyse socio-anthropologique du rapport entre patient diabétique et son régime thérapeutique. In *Diabetes & metabolism* 38(2) : 496.