Revue Congolaise des Sciences Humaines et Sociales
Site web : http://recosh.cresh-rdc.org

ISSN :2957-6385 (print), ISSN : 2957-6393 (online)
https:/www. doi.org/10.59189/crsh20260422

Perceptions et discours communautaires face à la résurgence de la maladie à virus Ebola en République démocratique du Congo

Community Perceptions and Discourse Regarding the Resurgence of Ebola Virus Disease in the Democratic Republic of the Congo

Kwilu Landundu Hubert[1]

1 Maitre de recherche au centre de recherche en sciences humaines «Cresh».

Résumé. *Cette étude est révélatrice des stigmates subies par les communautés victimes de la maladie à virus Ebola dans l'Est de la République Démocratique du Congo. En effet, la maladie à virus Ebola, une épidémie qui est à son 17 e épisode, devient à nos jours la plus meurtrière qui endeuille les familles à chacune de ses apparitions. Les communautés cibles, expriment une méfiance à l'endroit des autorités politiques nationales, par le fait qu'elles ne sont pas prises en charge de manière adéquate. C'est plutôt, les organisations internationales qui assurent le plus souvent une prise en charge aux conséquences multiples. Ceci étant, la rupture enclenchée entre les communautés locales et les autorités étatiques, constitue une méfiance voilée de ces populations vis-à-vis des leaders politiques, qui se traduit par le boycott des mesures sanitaires édictées par ces dernières.*

Mots-clés *: résurgence, méfiance, rupture, mesures sanitaires, Ebola.*

Abstract. *This study highlights the stigmatization experienced by communities affected by the Ebola virus disease in the eastern part of the Democratic Republic of the Congo. Indeed, Ebola virus desease, an epidemic that has reached its 17th outbreakn has become one of the deadliest diseases, bringing mourning to families each time it reappears. The affected communities express distrust toxard national political authorities because they feel they are not being adequately cared for. Instead, it is often international organizations that provide support and address the multiple consequences of the epidemic. As a result, the growing divide between local communities and state authorities has fostered a latent mistrust of political leaders among these populations. This mistrust is reflected in the boycott of health measures implemented by the authorities.*

Keywords : resurgence, mistrust, rupture, health measures, Ebola.

OPEN ACCESS

Received: 24 June 2026
Accepted: 15 July 2026
Available Online: 23 August 2026

Introduction

La maladie, en tant que fait social et culturel, est liée aux cultures, aux croyances, aux représentations et aux mœurs des populations ; elle est également conçue comme produit de l'imaginaire social d'une communauté. Présentement, la santé et la maladie n'échappent plus à l'interprétation sociologique des communautés ; et c'est encore la hantise des épidémies qui, à la fin du siècle dernier, a incité les grandes nations à coopérer dans le domaine sanitaire, pour comprendre la façon de penser des peuples sur la maladie et leur état de santé. La problématique de la santé devient, à cet effet, une jonction entre la culture, les représentations sociales et culturelles, les croyances et les mythes des peuples (Kwilu Landundu H., 2016).

Ainsi, la résurgence de la maladie à virus Ebola en RDC, le dix-septième épisode jusqu'à ces jours, est teintée de diverses interprétations au sein des communautés victimes de cette maladie. Ebola n'est plus une simple épidémie, mais un révélateur sociologique que les scientifiques devraient scrutés, car la maladie attaque non seulement l'individu seul, mais elle contrarie toute la communauté, sa cause se trouve ailleurs et l'on doit la rechercher.

À propos, François Laplantine note que la maladie est un accident dû à l'action d'un élément étranger (réel symbolique) au malade qui, du dehors, vient s'abattre sur ce dernier ; la maladie a son origine dans la volonté mauvaise d'une puissance anthropomorphe ou anthropomorphisée : sorcier, génie, esprit, diable, voire Dieu lui-même intervenant sous la forme du « destin » (Laplantine F., 1992).

Dans cette étude, nous ne décrivons pas la maladie à virus Ebola sous son sens biologique ; mais plutôt, nous abordons la façon dont la société réagit face à la résurgence de cet ennemi commun. A ce stade, notre objectif débouche sur les fantasmes, la métaphore, les discours et les représentations conçus autour de la maladie à virus Ebola par la société. En fait, notre étude va se pencher sur la gestion des opinions des proches des malades atteints d'Ebola, ainsi que leur façon de réagir face à la résurgence de cette infection virale meurtrière.

En effet, vu la délicatesse de la problématique à traiter, nous nous sommes fixé pour objectif de recourir à notre expérience et implication personnelles dans le comité de la riposte contre la Covid-19, comme membre de base du Groupe Technique Consultatif sur la Vaccination (GTCV), unité d'expertise et de renforcement des capacités opérationnelles du Programme Elargi de Vaccination (PEV) et de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) sur la vaccination. Nous avons eu le privilège de participer à l'élaboration des propositions pour limiter la propagation de cette maladie au sein de la communauté nationale. En outre, la collecte des données relatives à cette étude, a été rendue possible grâce aux informations diffusées par la presse tant nationale qu'internationale, les rapports réguliers fournis par le secrétariat technique à la riposte contre Ebola et les différents rapports de l'Institut National de Recherche Biomédicale (INRB).

Enfin, les discours populaires, les rumeurs urbaines, les commentaires divers des populations, nous ont servi également à constituer une banque de données disponibles pour réaliser cette étude. C'est la raison pour laquelle notre échantillon n'est pas restrictif.

Cependant, notre propos rejoint celui d'Auguste Comte qui note que la sociologie ne prétend pas atteindre les causes, mais elle se borne à constater l'ordre qui règne dans le monde, moins par curiosité désintéressée du vrai que pour être en mesure d'exploiter les ressources qu'offre la nature et pour mettre de l'ordre dans notre esprit (Comte A., 1828).

En entreprenant cette étude, nous n'avons nullement la prétention de dédire le travail réalisé par tous les intervenants sur le terrain dans la partie orientale de la République démocratique

du Congo (la région de l'Ituri) dans le but de combattre cette épidémie qui continue à occasionner des victimes (décès et contaminés), tant dans la population que parmi le personnel soignant. Nous voulons, par contre, contribuer à une meilleure compréhension des opinions, des discours populaires et des représentations sociales et culturelles des populations mitoyennes et des autres acteurs impliqués, ainsi que de leur compréhension de la résurgence de la maladie à virus Ebola.

Ainsi, l'agencement d'ensemble de cette étude comprend trois points : d'abord, l'histoire des épidémies ; ensuite, la fragilité du système de santé en RDC ; enfin, la résilience communautaire face à la résurgence de la maladie à virus Ebola.

I. Histoire des épidémies

Dans un résumé bien scruté sur les maladies, Biraden retrace l'histoire des pathologies en ces termes : les maladies ont une histoire et chaque époque a « ses » maladies. Certaines d'entre elles existent depuis l'Antiquité, voire la Préhistoire : nous le savons parce que leurs traces ont été retrouvées sur les ossements dans des sites préhistoriques. Mais, elles sont vécues très différemment selon les époques. En outre, sur le long terme, l'évolution des pathologies s'impose autant que leur persistance : les fléaux collectifs d'autrefois se distinguent nettement des maladies, le plus souvent individuelles, que nous connaissons aujourd'hui. Une part importante de cette évolution est le produit de bouleversements macrosociaux dont l'homme en l'artisan. (Biraden J. N., 1979)**.**

L'auteur renchérit en soutenant que, pendant des siècles, les épidémies ont constitué les maladies dominantes au sein des sociétés. Bien sûr, d'autres types de maladies ont toujours existé. Mais les épidémies ont aussi leurs conséquences majeures sur le devenir des sociétés et elles s'imposent aussi dans l'ordre des représentations : elles ont représenté aux yeux de tous le mal absolu. En plus, de nombreux travaux historiques montrent comment la survenue d'une épidémie peut modifier le visage d'une région ou d'un pays par le nombre élevé de morts brutales, provoquant de graves déséquilibres démographiques.

Ainsi, la plus grande peste d'Europe occidentale, la peste noire, qui a débuté à Messine en 1347 aurait fait, à elle seule, 26 millions de victimes, réapparue à maintes reprises en Europe pendant quatre siècles. Certaines de ses attaques sont demeurées célèbres, comme la peste de Londres de 1665 ou celle qui survient à Marseille en 1720. Mais la peste est loin d'être seule à opérer des ravages. La présence de la lèpre est attestée également en Europe occidentale dès le VI^{ème} siècle : elle connaitra son apogée au XIIIe siècle pour s'effacer ensuite. Du Moyen-âge à la fin du XVIIIe siècle, la variole constitue un autre fléau pouvant tuer, à chacune de ses flambées, un tiers des enfants d'un village et défigurant de nombreux autres.

La syphilis n'apparaît en Europe qu'à la fin du XVe siècle, lors du siège de Naples par les Français en 1494. Il ne faut pas oublier dans cette liste ni la malaria, tuant des milliers de personnes comme à Naples en 1602, ni la tuberculose, la coqueluche et la rougeole, alors très meurtrières, ni le typhus, la typhoïde, la dysenterie, la diphtérie, etc. Au XIXe siècle, alors que la peste a disparu d'Europe, une autre épidémie arrive d'Asie, le choléra. La seule épidémie de 1832 fait, en France, plus de 100 000 morts. (Biraden J. N., 1979).

En effet, l'histoire des épidémies du passé renvoie à un régime particulier de la maladie comme phénomène collectif. C'est pourquoi, au cours d'une épidémie, un individu atteint n'est pas malade seul, son entourage l'est également. Dans les communautés villageoises, presque toutes les familles sont affectées par la maladie d'un membre du groupe**.** Nous rejoignons Durkheim qui souligne à propos que la société où domine la solidarité mécanique, permet à l'individualisme de s'épanouir en

fonction d'une nécessité collective et d'un impératif moral (…) l'individu est le produit du groupe et tout ce qui lui appartient l'Est aussi. (Durkheim E., 1895).

Comme nous venons de le décrire, tous les récits des grandes épidémies s'appuient sur l'énumération du nombre des morts et toutes les descriptions incluent celles des cadavres qui encombrent les villes et les villages, bouleversant l'espace public. Les populations ont vite l'intuition de la contagion et cette hypothèse se confirme actuellement en Ituri (dans l'Est de la République Démocratique du Congo) avec l'apparition de la maladie à virus Ebola.

Ainsi, les informations de la presse tant nationale qu'internationale, dénotent l'impuissance totale des services médicaux face à l'ampleur de l'épidémie. Les mesures mises en place face à la contagion, sont des mesures répressives. Elles visent à isoler les malades, pour les mettre en quarantaine, à boucler les villages pour identifier tous les cas suspects, à acheminer les cas suspects vers les centres des soins sans leur consentement, même si la maladie n'est pas encore confirmée.

En plus, les scènes de violence sont observées çà et là ; c'est le cas notamment des membres de famille des malades qui incitent leurs proches à quitter clandestinement les centres des soins ; et le plus souvent, ils récupèrent obstinément les cadavres des proches décédés aux centres des soins pour un enterrement digne selon les coutumes de leurs communautés et sans respecter les mesures sanitaires édictées par les responsables médicaux.

Cette impuissance de la riposte contre Ebola se traduit également par les décès du personnel médical (médecins, infirmiers, secouristes de la Croix-Rouge…) qui, selon la presse, n'a pas été équipé décemment pour secourir les malades.

Boccace retrace pareille scène quand il décrit ceci : les réactions lors de l'apparition de la peste noire à Floride : « Une telle épouvante était entrée dans les cœurs, aussi bien chez les hommes que chez les femmes, que le frère abandonnait son frère, l'oncle son neveu, la sœur son frère et souvent la femme son mari. Et chose plus forte et presque incroyable, les pères et les mères refusaient de voir et de soigner leurs enfants comme si ceux-ci ne leur eussent point appartenir » (Bocage, 1953).

II. La fragilité du système de santé en RDC

Naphayvong note que le système de santé devient un cadre adapté pouvant garantir la santé de tout individu. Il doit se conformer aux besoins de santé des populations (Naphayvong P., 2011). Cette recommandation est loin d'être appliquée en RDC, car la déficience de son système de santé est éloquente.

Selon une enquête menée par l'Unicef-Congo, les taux de décès probants sont liés à la déficience de la prise en charge (90%). L'information sanitaire ne suit pas son cours normal, faute de dispositifs appropriés. Et pendant la survenue des épidémies meurtrières, il n'y a pas un système d'alerte structuré. Le plus souvent, on recourt aux médias publics (la radio et la télévision nationales), qui sont les moins suivis par une bonne frange de la population, suite aux coupures intempestives d'électricité, et les familles les plus démunies ne disposent ni de radio, ni de téléviseur pour suivre les nouvelles de leur communauté. La population est souvent informée avec un retard considérable, et c'est ce qui traduirait les taux de morbidité et de mortalité très dramatiques en cas d'épidémies (Rapport d'enquête EDS, 2012).

Ainsi, l'enquête indique que la majorité des foyers congolais vit dans une extrême pauvreté, ils n'ont pas l'accès à l'eau potable et aux latrines salubres. Cette situation est à l'origine des maladies hydriques et infectieuses… Les femmes au Congo-Kinshasa déclarent avoir rencontré des problèmes pour accéder aux soins ; 2,7% d'entre elles évoquent les problèmes financiers, tandis que 23,5% affirment avoir éprouvé des

difficultés de transport, surtout en milieux ruraux.

La dépendance de certaines femmes vis-à-vis de leurs maris limite aussi leur accès aux soins ; 10,5% d'entre elles révèlent s'être vu refuser la permission par leurs maris de se rendre au centre médical pour se soigner ; 59,3% des femmes ont bénéficié de soins prénatals auprès des médecins ou des sages-femmes au cours de leurs dernières grossesses. Ce qui explique probablement le taux de mortalité maternelle de 549 pour 100 000… Le Congo-Kinshasa comprend 400 hôpitaux publics (1 pour 180 000 habitants) et 5 078 centres médicaux (1 pour 10 000 habitants).

Ce qui présente un état basique dérisoire : 9 lits d'hôpital, 5 infirmiers et 1 médecin pour 10 000 personnes. Le système de santé au Congo-Kinshasa prend en priorité les soins curatifs en lieu et place des soins préventifs. Cette priorisation est due au fait que, les soins sont payés par les malades à 70%, l'assistance publique n'existe pas. Le paludisme demeure une endémie majeure et l'une des causes de la mortalité maternelle et infantile, car 25,7% seulement des ménages disposent de moustiquaires initialement, 15,9% utilisent des moustiquaires imprégnées industriellement et 42,2% possèdent des moustiquaires imprégnées ou non (Rapport d'enquête EDS, 2012).

De ce point de vue, nous estimons que la résurgence de la maladie à virus Ebola met en lumière les faiblesses des politiques de santé globale en République démocratique du Congo ; les approches biomédicales se centralisent souvent sur les urgences (vaccins, centres de prise en charge soutenus par les partenaires) au détriment des soins de santé primaires.

De ce fait, sans un investissement massif dans le relèvement des infrastructures sanitaires et l'amélioration du bien-être socio-économique des familles, surtout en milieux ruraux, la gestion des épidémies resterait une intervention préventive incomplète. Ainsi, la lutte contre la maladie à virus Ebola exige également un allégement des usages, lesquels devraient impérativement intégrer les sciences sociales, en l'occurrence la sociologie et l'anthropologie, afin d'approfondir l'analyse sur les impacts communautaires de cette pathologie meurtrière sur le quotidien des populations cibles. Et du point de vue de la sociologie, les maladies apparaissent avec les mutations sociales, et aux anciennes pathologies se sont substituées des nouvelles maladies dont les systèmes de santé doivent impérativement s'y adapter.

La survenue de la maladie à virus Ebola au sein d'une communauté est facteur des fractures sociales multiples : le lien et le tissu social sont le plus souvent détruis, les malades guéris sont objet des stigmatisations vis-à-vis de leur entourage, à cause notamment de la peur et du manque d'informations médicales sur la pathologie par la population. Et si bien que les malades sont guéris, leur réinsertion sociale devient difficile. Ils développent le plus souvent un sentiment d'exclusion et se croient être rejetés par la communauté dont ils sont membres à part entière.

Cette résurgence peut également provoquer un bouleversement des valeurs culturelles d'une communauté, c'est les cas notamment : de la conservation des cadavres par le centre des soins, des enterrements sécurisés… Toutes ces mesures médicales ; reflètent vis-à-vis de la communauté, un déni de leurs valeurs et un choc culturel grave. Et devant ces restrictions, la communauté réagit de fois violemment et rejette ainsi toute initiative prise par les services sanitaires pour contrer la propagation de l'épidémie, bien qu'à leur faveur. Etant donné que, la communauté est liée à son identité, malgré l'ampleur de l'épidémie, elle s'accroche aux pratiques funéraires et tient à enterrer ses morts selon ses us et coutumes.

A propos, pour éviter le mal entendu, l'OMS insiste de donner à la famille de voir le corps du défunt, veiller à ce qu'il y ait sur la tombe les

inscriptions nécessaires et permettre aux responsables religieux de faire des prières et aux familles de jeter la première poignée de terre, sont autant des gestes importants incitant les familles à continuer à trouver du réconfort dans leur foi et à protéger les survivants de l'infection (OMS, 2014).

II. La perception de la communauté face à la résurgence de la maladie à virus à Ebola

Tout évènement important de l'existence humaine requiert une explication : on doit en comprendre la nature et lui trouver des causes. L'individu confronté à une sensation corporelle désagréable et inhabituelle doit la « décoder », la relier éventuellement à d'autres manifestations, décider s'il y a lieu de voir un signe inquiétant pour lequel une action s'impose. Il doit aussi pouvoir en rendre compte, expliquer aux autres ce qu'il ressent s'il veut avoir une aide (Rapport d'enquête EDS, 2012).

Les perceptions de la communauté sont divergentes ; elles flottent entre suspicion, frayeur et agacement, parmi lesquelles, on peut citer : le sentiment d'inégalité et de négligence, la méfiance envers la riposte, et la nécessité d'une communication circonscrite.

3.1. Le sentiment d'inégalité et de négligence du pouvoir central

Dans les territoires en proie aux conflits armés (le Nord-Kivu et l'Ituri), les communautés révèlent beaucoup des frustrations et se disent être abandonnées par le pouvoir central de Kinshasa face aux atrocités menées par des groupes armés étrangers. Les tueries, les déplacements des populations, les épisodes de choléra et d'Ebola constituent leur quotidien, et ils sont secourus essentiellement par l'aide internationale, car celle du gouvernement est rare.

A propos, le journal *Afrique Sub-Saharienne* du 19 juin 2026 a indiqué que les communautés sont en colère parce que les interventions se limitent à Ebola, ignorant d'autres maux ; de même le ressentiment de la communauté ainsi que la rupture de la confiance sont parmi les plus grands obstacles à la maîtrise de l'épidémie en cours (Titilope Fadare, juin 2026).

3.2. La méfiance envers la riposte conduite par le pouvoir central

Les populations des zones touchées par l'infection à virus Ebola expriment des doutes et remettent en cause l'existence même de la maladie. Elles pensent que c'est une invention pour continuer à les faire souffrir.

Cette méfiance a conduit le plus souvent au refus d'obéir aux mesures sanitaires édictées par les services de santé sur place, notamment ; les cas des enterrements clandestins sont courants au sein de la communauté.

Par ailleurs, il ne faudrait pas oublier qu'Ebola sévit dans des contextes humanitaires. La population est exaspérée ; elle a besoin de paix et de beaucoup d'autres formes d'assistance.

Conclusion

Cette étude, consacrée à la résurgence de la maladie à virus Ebola en République Démocratique, a consisté à saisir les opinions, les discours populaires et les représentations sociales et culturelles des populations mitoyennes et les autres acteurs impliqués, ainsi que leur compréhension de la résurgence de la maladie à virus Ebola.

Nous sommes arrivés à la conclusion selon laquelle la mauvaise gouvernance sanitaire, le manque d'informations sanitaires, la présence des groupes armés dans l'Est de la République Démocratique du Congo, la méfiance et les inégalités, la rupture entre les populations sont parmi les plus grands obstacles qui affectent la riposte contre la maladie à virus Ebola dans ce pays.

Références bibliographiques

Adan, P et al (2012). *Sociologie de la maladie et de la médecine*, Paris : Armand Colin.

Biraden, J.N. (1979). *Les hommes et la peste en France et dans les pays européens et méditerranéens,* Paris-La Haye : Mouton.

Bocace, (1953). *Le Décaméron*, Club français du livre.

Compte, A.(1828). *Système de politique positive*, Appendice III, Plan des travaux scientifiques nécessaires pour organiser la société.

Durkheim, E. (1895). *Les règles de la méthode sociologique*.

Kwilu, L. H. (2016). *Sociologie de la Santé*, Paris : L'Harmattan.

Laplantine, F. (1992). *Anthropologie de la santé*, Paris : Payot.

Naphayvong, P. (2011). *Système de santé en RDP LAO*.

OMS (2014). *Nouveau protocole pour réduire la transmission du virus Ebola lors des inhumations*, Genève, Novembre.

Rapport d'enquête (2012) EDS,.

Titilope. F (2026). RDC, *l'exaspération de la population qui brouille la riposte à l'épidémie Ebola,* Wallingford/Royaume-Uni. Éditions Afrique Sub-Saharienne.