REVUE COMMUNAUTÉ-SANTÉ ET SCIENCES INFIRMIÈRES
https://revue-cs.net
Volume 1, Numéro 1, Année 2024

Effets psychosociaux de la stigmatisation des soignants et patients face au mpox dans la zone de sante de Kailo dans la province du maniema en RDC

Psychosocial Effects of Stakeholder Stigmatization in Response to Mpox in the Kailo Health Zone, Maniema Province, DRC.

Octave Unganda Polimoya *[1] and Simon-Decap Mabakutuvangilanga Ntela[2,3]

[1]1. Institut Supérieur des Techniques Médicales de Kindu, République démocratique du Congo.
[2]2. Département des Sciences infirmières, Institut Supérieur des Techniques Médicales de Kinshasa, République démocratique du Congo.
[3]3. École Universitaire de Recherche en Sciences Infirmières, Laboratoire Éducations et Pratiques de Santé (LEPS), EA 3412, UFR SMBH, Université Sorbonne Paris Nord, Bobigny, France

OPEN ACCESS
CC BY NC SA

Résumé

Introduction : En République démocratique du Congo (RDC), la résurgence du Mpox s'accompagne d'une forte stigmatisation sociale alimentée par la peur, la désinformation et des croyances traditionnelles. Cette étude analyse les effets psychosociaux de cette stigmatisation auprès des patients, de leurs proches et du personnel soignant dans la zone de santé de Kailo (province du Maniema).
Méthodes :Une approche qualitative phénoménologique et descriptive a été adoptée. Soixante-dix (70) entretiens semi-structurés ont été menés (62 patients et 8 soignants), déterminés par la saturation théorique. Les données ont été codées et analysées de manière thématique à l'aide du logiciel ATLAS.ti dans un cadre éthique garantissant le consentement éclairé et la confidentialité.
Résultats :La stigmatisation se manifeste par une mise à l'écart physique extrême, le rejet familial, la rupture des relations conjugales et des jugements moraux (assimilation à une malédiction ou punition divine). Sur le plan psychologique, les patients souffrent d'anxiété, de détresse émotionnelle, de perte d'estime de soi et du sentiment d'être « déshumanisés » ou des « morts-vivants ». Les soignants subissent également une stigmatisation par association, de la démotivation et de la peur. L'ignorance et les croyances culturelles en sont les principaux facteurs déclencheurs, tandis que les stratégies d'adaptation reposent sur le soutien communautaire et l'aide des pairs ou survivants.
Discussion : Ces constatations confirment l'existence d'un cercle vicieux où la peur de l'infection dérive vers une exclusion sociale dommageable, similaire aux dynamiques observées pour le VIH ou la COVID-19. Les mesures sanitaires d'isolement sont souvent

*Auteur correspondant: Octave Unganda Polimoya : ungandaoctave@gmail.com

réinterprétées à tort comme un bannissement. Il est recommandé de renforcer l'éducation communautaire, d'intégrer les survivants comme agents de sensibilisation et d'offrir un accompagnement psychosocial adapté pour briser ce cycle .

Mots-clés : Mpox, Stigmatisation sociale, Impact psychosocial, République démocratique du Congo

Abstract

Introduction : In the Democratic Republic of the Congo (DRC), the resurgence of Mpox is accompanied by significant social stigmatization, driven by fear, misinformation, and traditional beliefs. This study examines the psychosocial consequences of such stigmatization among patients, their families, and healthcare professionals within the Kailo health zone (Maniema province).
Methods : A qualitative phenomenological and descriptive approach was employed. Seventy (70) semi-structured interviews were conducted (62 patients and 8 healthcare workers), determined by theoretical saturation. The data were coded and analyzed through thematic analysis using ATLAS.ti software, within an ethical framework ensuring informed consent and confidentiality
Results :Stigmatization manifests through extreme physical isolation, familial rejection, the dissolution of marital relationships, and moral judgments (such as being equated to a curse or divine punishment). Psychologically, patients experience anxiety, emotional distress, a loss of self-esteem, and the sensation of being "dehumanized" or viewed as "the living dead." Healthcare providers also encounter stigma by association, alongside demotivation and fear. Ignorance and cultural beliefs serve as the primary triggers, whereas coping strategies rely on community support and assistance from peers or survivors.
Discussion : These findings confirm the existence of a vicious cycle in which the fear of infection evolves into harmful social exclusion, mirroring the dynamics observed with HIV or COVID-19. Public health isolation measures are frequently misinterpreted as forms of banishment. It is recommended that community education be strengthened, that survivors be integrated as awareness advocates, and that appropriate psychosocial support be provided to break this cycle. . .

Key words : Mpox, Social stigma, Psychosocial impact, Democratic Republic of the Congo

1. INTRODUCTION

Le Mpox (anciennement connue sous le nom de variole du singe) constitue une menace majeure pour la santé publique mondiale, la République Démocratique du Congo (RDC) étant la plus durement touchée, principalement en raison de la présence du Clade I du virus, reconnu pour sa virulence et létalité accrue. Bien que des épidémies aient eu lieu dans le monde entier entre 2022 et 2023, affectant divers groupes de, en RDC toutes les tranches d'âge – y compris les adultes et enfants –sont disproportionnellement impactées, entrainant un nombre élevé de cas et de décès (Manwana Sindani, 2026). Rien qu'en 2023, la RDC enregistré un nombre sans précédent de 14626 cas suspects et 654 décès à l'échèle nationale, soit près du triple par rapport à 2022. Cette recrudescence intense de la maladie représente un défi croissant pour la gestion sanitaire et les efforts de contrôle, notamment dans les régions orientales du pays (Babik & Gardner, 2021). Au niveau provincial, Maniema se distingue comme l'une des provinces les plus affectées. En 2023, elle a recensé 309 cas de Mpox avec 10décès soulignant une aggravation notable dans cette zone. La zone de santé de Kailo est identifiée comme l'un des foyers les plus sévèrement touchés au sein de la province de Maniema, nécessitant une vigilance

accrue pour le confinement de la maladie le confinement de la maladie. Face à cette épidémie récurrente et en recrudescence, il est impératif d'adopter des stratégies globales d'engagement communautaire ; les réponses doivent dépasser le cadre des soins cliniques et de la surveillance pour inclure une large sensibilisation publique sur la prévention de la transmission un aspect crucial souvent négligé dans le contrôle efficace de cette épidémie (Hantz et al., 2023). La stigmatisation, résultant de la peur de l'inconnu, du manque de connaissances sur le virus, de la désinformation et parfois des associations de la maladie à certains comportements ou groupes (comme les travailleurs du sexe ou les hommes ayant des relations sexuelle avec des hommes dans des lieux spécifiques), engendre une perception négative au sein de la population. Cette stigmatisation affecte non seulement les personnes malades ou guéris, mais également ceux qui apportent leur soutien notamment les professionnels de santé, les membres bienveillants de la communauté et les familles des personnes concernées. Les recherches montrent que la crainte de discrimination constitue un obstacle majeur à l'identification des individus infectés et à la recherche d'aide, conduisant beaucoup à l'isoler chez eux sans révéler leur état. Il existe également une réticence à effectuer le traçage des contacts par peur que le partage du cercle social ne mène à des sanctions (Henwood-Hernando, 2025). Dans la zone sanitaire de Kailo, où règnent l'insécurité en matière de vie et de sécurité ainsi qu'un accès difficile aux soins médicaux, la santé mentale et bien-être social sont gravement affecté par le risque de stigmatisation et diverses formes de discrimination. Pour les patients et survivants, cela peut entrainer des troubles psychologiques (tels que l'anxiété, La dépression, le repli social), une exclusion sociale accrue au-delà des limites raisonnables ainsi que des difficultés financières liées à la perte d'emploi. Pour les professionnels de santé, cette stigmatisation se manifeste par la peur d'être infecté ou rejeté par la communauté qu'ils servent, ce qui mine leur moral et performance professionnelle. Les familles proches des patients peuvent subir un isolement vis-à-vis de leurs communautés locales ainsi que des conflits internes (Kinganda-Lusamaki et al., 2025).

Cela soulève une question essentielle : quel est l'effet réel des défis à la santé mentale et à la stigmatisation sociale sur les populations concernées (patients/survivants, familles, professionnels de santé, membre communautaires) confrontées à Mpox dans la zone de sanitaire de Kailo en province du Maniema ? Par ailleurs, comment cette stigmatisation entrave-t-elle l'efficacité des interventions sanitaires dans cette région ? Il est crucial d'aborder ces problématiques psychologiques et sociales afin d'améliorer les stratégies communicationnelles de telles initiatives contribuent à éliminer toute forme de discrimination tout en favorisant des résultats positifs en matières de santé mentale pour briser le cycle lié à la peur, d'exclusion et le stigmate associés aux maladies dans les zones fortement touchées. Cette étude cherche à explorer et à comprendre les effets psychosociaux de la stigmatisation vécue par les parties prenantes atteintes de Mpox.

2. METHODE

2.1. Cadre de l'étude

L'étude s'est déroulée dans la ZS de Kailo, une zone de santé située dans une région vulnérable, marquée par des conditions socio-économiques précaires et des risques épidémiologiques. Le choix de ces aires de santé était justifié par le fait qu'elles ont les centres de traitement où sont transférés tous les cas de Mpox dépistés dans les autres aires de santé.

2.2. Design de la recherche

Cette recherche a privilégié une approche qualitative de nature exploratoire, afin d'analyser les répercussions psychosociales de la stigmatisation associée au Mpox au sein de la zone de santé (ZS) de Kailo. Ce dispositif méthodologique a pour objet de décrire précisément les spécificités d'un phénomène, sans intention de vérifier des hypo-

thèses, dans le but de dégager une compréhension approfondie et nuancée.

2.3. Population et Echantillon

La population de cette étude comprenait les personnes concernées par le Mpox au sein de la zone de santé de Kailo, incluant les individus infectés ou suspectés, leurs proches, les membres de la communauté ainsi que les professionnels de santé. Pour optimiser la collecte des données, un échantillonnage non probabiliste par choix raisonné a été adopté, en s'appuyant sur des critères de diversité des profils exposés à la stigmatisation. Pour être sélectionnés, les participants devaient répondre aux conditions suivantes : être un acteur directement impliqué par le Mpox (patient, proche, soignant, leader communautaire), résider ou travailler dans la zone de santé de Kailo durant l'épidémie, et consentir librement à participer à l'étude.

2.4. Taille de l'échantillon

La taille de l'échantillon était déterminée par saturation théorique des données, c'est-à-dire l'arrêt du recrutement lorsque les entretiens n'apportent plus d'informations nouvelles. Taille de l'échantillon comme toute étude qualitative, la taille de l'échantillon n'as pas été fixée à l'avance, conformément aux principes de la recherche qualitative. Celle-ci a été déterminée selon le principe de saturation théorique. Cette saturation était atteinte lorsque les nouvelles données ne faisaient plus émerger d'informations inédites (Demoncy, 2016). Au terme du processus, la taille de l'échantillon était composée de 70 participants issus des groupes des parties prenantes (patients et agents de santé) impliquées dans la gestion ou ayant fait l'expérience de la stigmatisation du Mpox dans la zone étudiée. Cette taille semble suffisante dans la mesure où techniques et instruments de collecte de données. Pour récolter les données de cette étude, la technique d'entretien a été utilisée. Ce guide comportait deux parties : la première recueillait des informations sociodémographiques sur les participants ; la seconde abordait différentes thématiques liées aux expériences de stigmatisation psychosociale liées au Mpox, aux perceptions et impacts vécus. Ainsi, des entretiens semi-directifs individuels ont été réalisés

2.5. Processus de collecte des données

2.5.1. Démarche préliminaire

Un pré-test a été effectué auprès de cinq participants afin d'évaluer la pertinence de l'instrument et de l'ajuster au contexte du Mpox à Kailo. Cette phase a permis de déceler et de rectifier d'éventuelles insuffisances, garantissant ainsi la validité et la fiabilité de l'outil de collecte de données. Les modifications ont porté sur la formulation de certaines interrogations, la clarté des instructions ainsi que l'adéquation avec les réalités culturelles et linguistiques locales.

2.5.2. Démarche proprement dite

La collecte des données est réalisée par le biais d'entretiens individuels semi-structurés menés auprès des différentes parties prenantes, conformément aux objectifs de l'étude. Avant chaque entretien, les participants reçoivent une explication claire des objectifs de la recherche et fournissent leur consentement éclairé. Chaque entretien dure en moyenne entre 25 et 40 minutes et se tient dans un environnement garantissant la confidentialité, afin de favoriser une expression libre et authentique concernant les expériences de stigmatisation. Les entretiens sont conduits dans la langue la plus confortable pour chaque participant, principalement en français et en swahili, langues couramment utilisées dans la zone de santé de Kailo. lIs sont enregistrés, transcrits avec rigueur puis traduits en français lorsque nécessaire, afin d'assurer la précision et la cohérence de l'analyse.

2.6. Technique de collecte de données

Des entretiens semi-directifs individuels ont été menés par l'investigateur principal. Pour recueillir les informations auprès des participants, nous avons utilisé un guide

d'entrevue. Cet outil comptais des questions ouvertes permettant aux participants de s'exprimer sur le sujet étudié (Greiner, 2024). Un enregistreur a permis pour consigner les données fournies par les répondants. En complément de l'enregistrement, des notes ont étaient prises. Les questions du guide d'entretien étaient regroupées en deux catégories : d'une part, celles portant sur les caractéristiques des soignants, et d'autre part, celles concernant des témoignages des soignants sur leurs expériences sur l'accompagnement, en mettant l'accent sur la manière dont ces expériences affectent leur vie professionnelle et personnelle.

2.7. Recrutement des participants

Les divers participants ont été sélectionnés au sein de contextes variés. Certains ont été sollicités à leur domicile (patients guéris), tandis que d'autres l'ont été au sein des structures de soins (Patients encore hospitalisés). En ce qui concerne les soignants, ces derniers ont été recrutés sur leurs lieux de travail.

2.8. Retranscription et traduction des entretiens

Tous les discours des participants ont été enregistrés sur un téléphone. Ensuite, après plusieurs écoutes, une transcription brute et fidèle des enregistrements audio était effectuée sur ordinateur (Kinganda-Lusamaki et al., 2025). La série d'écoutes attentives des enregistrements avant la retranscription, avait permis à l'enquêteur d'avoir une vision globale sur les discours des participants dans le souci appréhender et saisir le sens général du matériel recueilli.

2.9. Analyse des données

La méthode d'analyse qui été employée dans le cadre de cette étude était une analyse de contenu à l'aide du logiciel ATLAS.ti. Selon Atuluru et al., 2024, cette approche consistait à découvrir la signification d'un message en se concentrant sur le point de vue des participants. Après la transcription des données, des unités de classification ont été établies en procédant au codage de chaque phrase ou paragraphe en unités de sens pertinentes par rapport aux objectifs de l'étude. Cette opération a consistait à découper les informations recueillies en segments possédant une signification complète en eux-mêmes (Linares-Navarro et al., 2025). En conséquence, les données ont été regroupées en sous-thèmes qui étaient ensuite catégorisés. Ce processus de catégorisation a impliqué de "rassembler ces divers énoncés (ou unités de classification) selon leur similitude sémantique telle que définie dans l'instrument". C'est à partir de ces différentes catégories identifiées que nous avons fait extraire les différents verbatims correspondants.

2.10. Considérations éthiques

La présente recherche, centrée sur l'analyse des effets psychosociaux liés à la stigmatisation autour du Mpox, est menée dans un cadre strictement conforme aux exigences éthiques applicables aux études impliquant des participants humains. Avant d'entamer toute phase de collecte d'informations, une approbation formelle est sollicitée et obtenue auprès d'un comité d'éthique reconnu, garantissant que le Protocol respecte pleinement les standards nationaux. Par ailleurs, chaque participant est invité à donner un consentement libre, éclairé et révisable à tout moment, après avoir reçu une explication complète sur la finalité de l'étude, ses modalités ainsi que les éventuelles implications de sa participation. Ils conservent le droit de se retirer à tout moment, sans aucune conséquence. La confidentialité des données est scrupuleusement garantie grâce à l'anonymisation des informations personnelles et au stockage sécurisé des documents. Les entretiens sont réalisés dans des conditions préservant la vie privée, notamment pour les personnes vulnérables ou susceptibles d'être stigmatisées. L'équipe adapte les outils de collecte aux réalités culturelles et linguistiques locales afin de favoriser une participation authentique et respectueuse. Un dispositif de soutien psychosocial est mis en place pour toute personne manifestant une

détresse émotionnelle durant le processus. Enfin, les résultats de la recherche seront communiqués aux communautés et aux acteurs locaux de santé dans un esprit de transparence, de collaboration et d'engagement en faveur de l'amélioration de la prise en charge du Mpox.

3. RESULTATS

3.1. Tableau N°1 : Caractéristiques socio démographiques

Catégorie	Effectif Total	Aire de santé			Sexe		Age		Niveau d'études			
		Katako	Olangate	Lubelenge	H	F	<18	≥18	Aucun	Primaire	Secondaire	Universitaire
Patients	62	29	15	18	24	38	13	49	18	20	16	8
Soignants	8	5	1	3	2	7	0	8	0	0	4	4
TOTAL	**70**	**34**	**16**	**21**	**26**	**44**	**13**	**57**	**18**	**20**	**20**	**12**

FIGURE 1

Le tableau présente les caractéristiques sociodémographiques des 70 participants ayant pris part à l'étude, répartis entre patients(62) et soignants(8). Les participants proviennent de trois aires de santé : Katako (34), Lubelenge (21) et Olangate (16). La majorité de ces participants sont en majorité de sexe féminin, dont eux ayant les niveaux primaire et secondaire représentent les plus grandes proportions.

Résultats thématiques

3.2. Résultats pour les soignants

3.2.1. Sous-Thème 1 : Manifestations de la stigmatisation

Catégorie 1.1. Rejet social et communautaire

Certains soignants ont signifié que les patients se sentaient rejetés par la communauté lorsqu'ils sont contaminés par le Mpox. Voici comment ils l'ont exprimé : *« Même aujourd'hui, celui-ci a une chambre propre à lui seul (chambre privée) du fait qu'il a été malade, il n'est plus accepté par sa famille ; Dès qu'on reçoit le malade, on le met dans la salle de traitement isolée, au moins à 50 m des autres... »*

Catégorie 1.2. Séparation et changement de relations familiales

Pour les soignants, la contamination par le Mpox crée une séparation du patient avec leur plus proche. D'autres vont jusqu'à la séparation des lits conjugales *« Son Mari ne veut plus coucher avec elle. » ; « IL m'a dit que même ses amis ne veulent plus lui faire la bise. » ; « Une patiente raconte que sa sœur refuse désormais de partager la même pièce qu'elle. »*

Catégorie 3.3. Attitudes stigmatisantes et jugements moraux

Les témoignages révèlent une stigmatisation alimentée par le manque d'information et des jugements moraux hérités de croyances passées. *« On n'avait pas une information correcte par rapport à cette maladie. » ; « Au début, on pensait que c'était une maladie honteuse, comme le VIH à l'époque. » ; « Personne ne nous a expliqué quoi faire, on a dû chercher seuls sur Internet. »*

3.2.2. Sous-thème 2 : Conséquences psychosociales

Catégorie 2.1 : Isolement social et rupture des liens

Des cas rapportent une exclusion sociale totale, où les malades ne sont plus acceptés ni dans leur famille, ni dans la communauté. *« Les voisins ne voulaient pas que leurs enfants non malades jouent avec le nôtre qui était malade. » ; « Une mère m'a dit que l'école refusait de reprendre son fils, même après sa guérison. » ; « Une patiente raconte que ses enfants ont été exclus des activités de quartier sans explication. »*

Catégorie 2.2. : Perte d'estime de soi et humiliation

Les malades vivent une dégradation de leur image personnelle, se sentant humiliés et

montrés du doigt par leur entourage. *« Nous étions humiliés dans le village. » ,« Tout le monde nous montrait du doigt, comme si on avait fait quelque chose de mal. »,« Une femme disait que même au marché, les gens s'éloignaient d'elle quand elle arrivait. »*

Catégorie 2.3 : Détresse émotionnelle et anticipation de la mort

Le rejet, la peur et la solitude engendrent chez les patients une détresse profonde, parfois associée à une peur constante de mourir. *« Nous les malades, on s'attendait à la mort parce que le prestataire pour nous soigner se mettait à distance. » ; « Un patient disait que le personnel avait peur de lui et évitait même de le regarder. » ; « Ils venaient avec des gants et des masques, mais ne restaient jamais plus de deux minutes. »*

3.2.3. Sous-thème 3 : Facteurs influençant la stigmatisation

Catégorie 3.1 : Ignorance et peur de la maladie erronées

Le manque d'information contribue à des interprétations erronées, renforçant la peur et les réactions de rejet autour de la maladie. *« On ne connaissait pas les signes de la maladie. » ; « Au début, je pensais que c'était juste une allergie ou une simple éruption. » ; « J'ai cru que c'était la varicelle, je ne savais pas que c'était quelque chose de plus grave.»*

Catégorie 3.2 : Croyances culturelles et traditionnelles

Les récits font état de perceptions culturelles ancrées, associant la maladie à une malédiction ou un manquement aux normes traditionnelles. *« C'était une maladie traditionnelle selon moi. » ;« Je pensais que c'était une malédiction ou un sort lancé par quelqu'un. » ; « Dans mon village, on disait que c'était une punition pour avoir transgressé un interdit. »*

Catégorie 3.3 : Peur de la transmission et des contacts

Par peur de la contagion, certains soignants adoptent des comportements de distance, perçus comme un rejet par les patients. *« Dès qu'ils arrivent, on porte le masque, les bottines, ... pour se protéger, aussi la distanciation. » ; « On utilise des gants jetables et du gel hydroalcoolique à chaque contact avec le patient. » ; « Parfois, cela crée une barrière, car les patients se sentent isolés malgré nos efforts. »*

3.2.4. Sous-thème 4. Stratégies d'adaptation et de coping

Catégorie 4.1 : Soutien institutionnel et communautaire

Les soignants rapportent que l'encadrement institutionnel est présent, mais les mesures d'isolement peuvent aggraver la solitude des patients. *« Dès qu'on reçoit le malade, on le met dans la salle de traitement, puis on fait le prélèvement pour les examens, et après confirmation on l'isole pour le soigner. » ; « On suit un protocole strict pour éviter toute contamination au personnel et aux autres patients. » ;« L'isolement est essentiel, mais cela peut renforcer le sentiment de solitude chez le patient ».*

Catégorie 4.2 : Soutien de la communauté et des proches

L'accompagnement social est perçu comme essentiel pour restaurer la confiance et atténuer les effets psychologiques de l'exclusion. *« D'abord les visiter, causer avec eux, les sensibiliser. » ; « Il faut leur expliquer la maladie pour réduire leur peur et les aider à mieux coopérer. » ;« Parler avec les patients permet aussi de détecter leurs besoins psychologiques et sociaux. »*

Catégorie 4.3. Conseils et expériences partagées par les survivants

Les survivants jouent un rôle clé en aidant à déconstruire la stigmatisation par

le partage de leurs expériences positives. *« Il faut amener les prestataires formés pour prendre en charge correctement les malades sans discrimination. » ; « Certains soignants manquent d'informations et cela crée des attitudes stigmatisantes envers les patients. » ; « La formation améliore la qualité des soins et renforce la confiance des malades dans le système. »*

3.3. Résultat pour les patients

3.3.1. Sous-Thème 1 : Manifestations de la stigmatisation

Catégorie 1.1 : Prise de distance et isolement physique

Les malades relatent une mise à l'écart radicale de leur entourage, allant jusqu'à un isolement physique forcé et douloureux. *« Les frères, les amis prennent distance de la personne malade. » ;« On nous mettait à une distance éloignée, presque 300m, même une clôture. » ;« Une patiente expliquait qu'elle ne pouvait plus partager les repas avec sa famille. »*

Catégorie 1.2 : Séparation et changement de relations familiales

Même les liens les plus intimes sont affectés, créant une profonde fracture émotionnelle au sein de la cellule familiale. *« Même votre enfant ne mange plus avec vous. » ; « Vous ne passez plus la nuit sur le même lit avec votre femme. » ; « Un homme racontait que sa propre mère refusait de toucher ses affaires. »*

Catégorie 1.3 : Attitudes stigmatisantes et jugements moraux

Des récits montrent que certains malades sont perçus comme coupables, porteurs d'une faute morale ou spirituelle. *« On nous considérait comme des personnes maudites sans espoir de vie. » ;« Les pasteurs disaient que nous allons mourir parce qu'on avait commis de graves péchés. » ;« Une patiente racontait que la communauté croyait que la maladie était une punition divine. »*

3.3.2. Sous-Thème 2 : Conséquences psychosocial

Catégorie 2.1 : Exclusion du cercle familial et communautaire

L'exclusion sociale est vécue de manière très brutale par les malades, qui perdent tout sentiment d'appartenance à leur entourage. *« On se sentait comme des prisonniers. » ;« On avait l'impression d'être enfermés, comme dans une cage dont on ne pouvait pas s'échapper. » ; « On avait l'impression d'être enfermés, comme dans une cage dont on ne pouvait pas s'échapper. » ; « Notre entourage a totalement changé d'attitude, on sentait qu'on devenait invisibles, qu'on nous fuyait délibérément. »*

Catégorie 2.2 : Perte d'estime de soi et humiliation

Les malades décrivent un effondrement de leur estime personnelle, alimenté par les moqueries et les attitudes déshumanisantes. *« C'était un moment difficile de moquerie, de honte, de stigmatisation. » ; « On nous considérait comme des démons, des monstres, des morts-vivants. »*

Catégorie 2.3 : Détresse émotionnelle et anticipation de la mort

Certains malades expriment une peur intense de la mort, renforcée par l'isolement et le regard fuyant des soignants. *« On pensait à la mort, car on est séparé des vivants. » ; « On avait l'impression d'être déjà morts, isolés dans un monde à part. » ; « On se sentait coupés du reste du monde, comme des ombres condamnées à disparaître. »*

3.3.3. Sous-Thème 3 : Facteurs influençant la stigmatisation

Catégorie 3.1 : Ignorance, peur et croyances erronées sur la maladie

Le manque d'information engendre confusion, crainte et réactions excessives, tant chez les malades que dans leur entourage. *« On*

pensait à la mort, car on est séparé des vivants. » ; « On avait l'impression d'être déjà morts, isolés dans un monde à part. » ; « On se sentait coupés du reste du monde, comme des ombres condamnées à disparaître. »

Catégorie 3.2 : Croyances culturelles et traditionnelles

Des croyances locales ancrées associent la maladie à une faute ou à un sort, aggravant le rejet et la culpabilisation. *« Une fois atteint de cette maladie, on vous considère comme mourant. » ; « Dès qu'on apprend la maladie, on est vu comme condamné, sans espoir. » ;« La maladie vous colle une étiquette de mort imminente, sans aucune chance de rémission. »*

Catégorie 3.3 : Peur de la transmission et des contacts

Les patients témoignent de restrictions extrêmes liées à la peur du contact, même avec les objets du quotidien. *« On ne partageait plus les mêmes ustensiles, même pas le seau d'eau. » ; « Il était interdit de toucher aux mêmes choses, comme ce seau d'eau qu'on devait éviter. » ; « On nous obligeait à ne plus utiliser les mêmes objets, le seau d'eau devenait tabou. »*

3.3.4. Sous-thème 4 : Stratégies d'adaptation et de coping

Catégorie 4.1. Coping émotionnel et psychologique

La plupart de patients mettent en avant le coping émotionnel et psychologique comme une stratégie qu'ils utilisent pour s'adapter au Mpox. *« Je tente de garder le sourire devant les patients pour ne pas leur transmettre mes inquiétudes, mais à la maison, je me sens épuisé et inquiet pour ma sécurité et celle de ma famille. » ; « J'essaie de relativiser les moqueries ou les regards des autres en me disant que ce n'est pas personnel, que c'est une question de peur et d'ignorance. » ; « Je pratique des moments de pause et de respiration pour ne pas m'emporter quand je vois des patients ou collègues stigmatisés, afin de ne pas dégrader mon humeur générale. »*

Catégorie 4.2. Stratégies de coping cognitif et comportemental (réattribution, recherche d'information, affirmation de compétence)

Pour une grande partie de participants, la recherche d'information auprès des pairs ou des soignants est une grande stratégie de coping des patients dans le cadre du M-pox. *« Je me renseigne sur le mpox et ses modes de transmission pour réduire mes craintes et mieux expliquer la maladie à mes proches et aux patients. » ; « Face à la stigmatisation, je m'efforce de séparer la personne de la maladie et de rappeler que chacun mérite respect et dignité au travail comme ailleurs. » ; « Je collabore avec mes collègues pour établir des protocoles simples et clairs qui protègent tout le monde et rassurent les patients et les soignants. »*

Catégorie 4.3. Soutien social et relationnel (réseau, soutien au travail, communauté)

Les patients ont considéré le soutien social et relationnel très souvent à travers les réseaux sociaux, constitue une stratégie de coping de grande valeur. *« Je trouve du soutien auprès d'un collègue en qui j'ai confiance pour parler de mes émotions et partager les difficultés rencontrées ; cela me rassure. » ; « Au travail, on organise des sessions d'écoute et de débriefing après des situations difficiles afin de ne pas garder tout en soi. » ; « J'essaie de mobiliser la famille et les amis autour de moi pour qu'ils comprennent la stigmatisation et me soutiennent, ce qui diminue le poids psychologique. »*

Figure 1 : Cartographie psychosociale de la stigmatisation liée au Mpox et axes de réponses communautaires à Kailo (RDC)

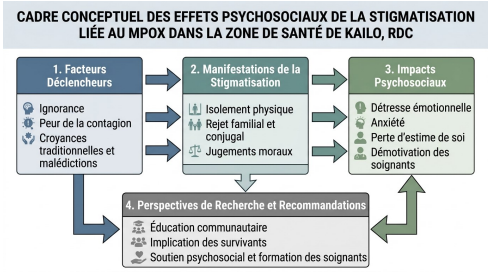

FIGURE 2

L'analyse globale du schéma met en évidence la nature éminemment dynamique et systémique du phénomène de stigmatisation. Les facteurs déclencheurs alimentent directement les manifestations sociales du rejet, lesquelles génèrent à leur tour d'importants impacts psychosociaux sur les patients et les prestataires de soins. L'intégration des perspectives de recherche et des recommandations opérationnelles à la base de ce modèle démontre qu'une action ciblée sur l'éducation de la population et l'accompagnement psychosocial permet de rétroagir efficacement sur les causes primaires, tout en atténuant les conséquences néfastes sur la santé mentale des malades et l'engagement du personnel soignant".

4. DISCUSSION

L'analyse des données recueillies dans la zone de santé de Kailo, province du Maniema, met en lumière une réalité complexe où la maladie virale se double d'une pathologie sociale : la stigmatisation. Cette discussion se propose d'examiner en profondeur les résultats obtenus auprès des patients et des soignants, en le confrontant aux travaux intérieurs pour en dégager la portée scientifique et sociale.

4.1. La manifestation du Rejet social et l'isolement radical

L'étude révèle que la première est la plus brutale manifestation de la stigmatisation et le rejet social, caractérisé par une distanciation physique et émotionnelle extrême. Les résultats indiquent que les patients se sentent traiter comme des « Prisonniers » ou des êtres à part. L'entourage impose une mise à l'écart qui dépasse des simples mesures de précaution sanitaire, allant jusqu'à l'interdiction de partager des repas ou des ustensiles, et parfois l'érection de barrière physique symbolique ou réelle (clôtures, distance de 300 m). Pour les soignants ce rejet se manifeste par une méfiance de la communauté, craignant qu'ils ne soient vecteurs de la maladie. Ces observations corroborent la littérature existante sur la « distence d'évitement » en tant que réponse comportementale primitive aux maladies infectieuses. Oaten, Stevenson et case ont théorisé que l'évitement de la maladie est une base fonctionnelle de la stigmatisation, un mécanisme de défense biologique qui dérive vers une exclusion sociale (AYNALEM et al., 2024). De même les travaux d'Avitabile confirme que la stigmatisation liée à la maladie entraine systématiquement une ségrégation sociale qui isole qui isole l'individu de ce réseau de soutien habituel (AVITABILE et al., 2024) ce phénomène n'est pas unique au Mpox ; il a été largement documenté lors de la pandémie de COVID-19. Atinga, en étudiant les survivants de la COVID-19 au Ghana, ont noté des trajectoires similaires d'exclusion sociale et de discrimination même après la guérison. Cependant, la spécificité à Kailo réside dans la violence de l'isolement-intra familiale, exacerbée par la promiscuité et la précarité des conditions de vie (ATULURU et al., 2024). Il apparaît clairement que les mesures de santé publique, mal comprise, sont réappropriées par la communauté comme des outils d'exclusion. L'isolement sanitaire, nécessaire pour couper la chaîne de transmission, est interprété et compliqué socialement comme une punition ou un bannissement. Cette dérive transforme les patients en paria. Nous soutenons que la frontière entre la prudence sanitaire et la discrimination sociale est une tenue et que, dans le contexte de Kailo, elle a été franchie au détriment de la dignité humaine. L'absence de nuance dans la compréhension de monde de transmission transforme la peur du virus en peur de l'autre, créant une mort sociale qui précède parfois la crainte de la mort physique.

4.2. La Fracture des liens familiaux et l'intimité brisée

L'un des résultats les plus poignants de cette recherche est l'impact de la stigmatisation sur la sphère intime et familiale. Le témoignage rapporte des séparations des lits conjugaux, le refus de rapports sexuels par peur de la contagion et même le rejet par les parents ou la fratrie. Une patiente mentionne que sa propre sœur refuse de partager la même pièce et un homme relate que sa mère ne touche plus ses affaires. Cette dislocation du noyau familiale prive le malade de son premier rempart psychologique. La littérature souligne que la famille est généralement le principal fournisseur des soins et de soutien émotionnel en Afrique. Cependant, la peur de la contagion peut l'emporter sur la solidarité familiale. Zhang et al , dans leur étude sur la stigmatisation publique du COVID-19, ont montré comment la peur de l'infection peut générer des conflits internes et une stigmatisation même au sein des foyers (Caycho-Rodríguez et al., 2022). Loiseau, 2024 bien que travaillant sur un contexte différent (communauté homosexuelle et bisexuelle), souligne l'importance cruciale de reconnaitre les besoins communautaires et relationnels pour maintenir la cohésion sociale face au Mpox (Greiner, 2024).Le constant à Kailo rejoint également les observations de Gayapersad et all sur le processus sociologique de stigmatisation qui redéfissent les relations de proximité en relation de danger (Crooks et al., 2025) La rupture des liens familiaux observés à Kailo est un indicateur alarment de la profondeur de crise psychosociale. Lorsque la cellule familiale, censée être le refuge ultime, devient le lieu de la stigmatisation, la vulnérabilité du patient devient absolue. Nous posons l'hypothèse que cette fragmentation familiale est alimentée par une communication en santé publique trop accès sur l'individu malade comme '' source de danger" plutôt que comme '' personne à protéger. La gestion de l'épidémie a involontairement sécurisé la communauté au prix de la désintégration de la famille, laissant des séquelles relationnelles durables qui persisteront bien après la guérison clinique.

4.3. Déshumanisation, Perte d'Estime de soi et Détresse Psychologique

Sur le plan individuel, les conséquences psychologiques sont dévastatrices. Les patients décrivent un sentiment d'humiliation intense, se préservant comme des « Monstres », des « Démons » ou des « Morts vivants » cette auto stigmatisation (ou stigmatisation internalisée) conduit à une détresse émotionnelle profonde, caractérisée par l'anxiété, la dépression et une anticipation fataliste de la mort. Le regard de l'autre, y compris celui des soignants qui parfois évitent le regard ou limitent le temps de contact, renforce ce sentiment d'intégrité. Ce résultat s'inscrit dans la continuité des travaux sur l'impact psychologique des maladies stigmatisantes. Loiseau et all, listent la réduction de l'estime de soi et la dépression comme des conséquences directes majeures de la stigmatisation (Loiseau, 2024). Le sentiment d'être un « mort vivant » évoqué par les participants rappelle les descriptions historiques liées au VIH/SIDA ou à la lèpre, où l'identité de la personne est totalement effacée par la maladie. Par ailleurs, Ulrich et all insiste sur la nécessité d'une prise en charge psychologique adaptée pour contrer ses effets délétères, ce qui semble faire défaut ou être insuffisant dans le contexte étudié (Atuluru et al., 2024). L'étude de Atinga et all met aussi en exergue comment les survivants continuent de porter des poids psychologique de la maladie à cause du regard social, ce qui entrave leur réintégration (Aynalem et al., 2024). L'internalisation du stigmate est peut-être l'aspect le plus pernicieux révélé par cette étude. Le patient finit par valider le jugement négatif de la société à son égard. Cette souffrance psychologique n'est pas un simple 'Effet secondaire' ; elle constitue une comorbidité grave qui peut affecter le pronostic vital en réduisant l'adhésion au soin (Le patient se sentant déjà) il est impératif de considérer que soigner le Mpox à Kailo ne peut se limiter à traiter les lésions cutanées ; il s'agit de reconstruire une identité fracassée. La réponse

humanitaire et médicale doit impérativement inclure une dimension de ''réhumanisation" de soin.

4.4. Le poids des croyances culturelles et le déficit d'information

L'étude identifie l'ignorance et les croyances culturelles comme des moteurs puissants de la stigmatisation. Le Mpox est souvent interprété à travers le prisme de la tradition : il est vu comme une malédiction, un sort ou une punition pour avoir transgresser un interdit ou commis un péché. Cette interprétation morale de la maladie ('maladie de la honte') justifie le rejet social aux yeux de la communauté parallèlement, le manque de connaissance scientifique sur les signes et la transmission alimente des peurs irrationnelles. Les liens entre manque de connaissance et stigmatisation est bien établie. May et all dans leur étude qualitative au royaume unis, ont montré que les barrières à la connaissance et les idées fausses entravent l'adoption des mesures de santé publique. Bien que le contexte culturel diffère, le mécanisme est le même : l'inconnu génère la peur, A Kailo, cette peur est comblée par des explications mystico religieuse ;(Aynalem et al., 2024) Cela rejoint les observations plus larges sur la santé en Afrique, où les étiologies traditionnelles coexistent souvent avec les modèles biomédicaux, créant des dissonances cognitives. Akbari et all confirme que les fausses croyances sont des causes racines de la stigmatisation (Atuluru et al., 2024) Les résultats démontrent l'échec d'une communication sanitaire purement descente. Les compagnes d'information non visiblement pas reçu à déconstruire les mythes locaux. En laissant prospérer l'idée que le Mpox est une punition divine ou une malédiction, la communauté se donne le droit moral d'exclure les malades. Nous soutenons que la lutte contre la stigmatisation à Kailo doit passer par une 'alphabétisation sanitaire' qui intègre et respecte le leader culturel et religieux seuls capables de modifier ses narratifs destructeurs. Sans une approche anthropologie de la communication, les explications médicales resteront inaudibles face à la puissance de croyance ancrées.

4.5. La Double peine des soignants et l'impact sur le système de santé

Les soignants, acteurs de première ligne ne sont pas épargnés. Ils vivent une stigmatisation par association. L'étude montre qu'ils sont évités par la communauté et parfois par leur propre famille par peur qu'ils ne ramènent le virus à la maison. De plus, ils font face à un dilemme éthique et émotionnel : leur propre peur d'être infecté les pousses a adopté des comportements de distanciation (Masque, Gant, Temps limité) qui sont perçus par les patients comme du rejet ou du dégout. Hinzmann et all ont mis en évidence la nécessité d'un soutien psycho sociale pour le personnel médical, souvent négligé. La peur de l'infection chez les soignants est un phénomène universel en contexte épidémique, mais à Kailo, elle est aggravée par le manque d'équipements de protection adéquate et la pression communautaire (Aynalem et al., 2024) Cela créée une barrière thérapeutique. Comme le souligne Heague et all dans le contexte de la dermatologie, la relation patient-soignant et centrale ; si elle est altérée par la peur ou le stigmate, la qualité de soin s'effondre. La stigmatisation des soignants est une menace directe pour la résilience de système local. Si les agents de santé sont ostracisés, leur motivation et leur performance chutent, ce qui risque d'entrainer une désertion des postes ou une prise en charge des humanisés. L'étude révèle un cercle vicieux : les soignants se protègent (physiquement et psychologiquement) du patient, le patient se sent rejeté, et la communauté rejette les deux. Il est crucial de reconnaitre les soignants non seulement un dispensateur des soins, mais aussi comme une victime collatérale de l'épidémie nécessitant, lui aussi un accompagnement psychologique et une réhabilitation sociale aux yeux de sa communauté (Aynalem et al., 2024)

4.6. Stratégies d'adaptation et limite des réponses actuelles

Face à cette adversité les stratégies d'adaptation identifiées restent limitées. Le soutien institutionnel se résume souvent à l'isolement clinique, qui est perçu paradoxalement comme une sécurité sanitaire, mais une catastrophe psychologique. L'étude mentionne l'importance du soutien communautaire et de récits de survivants pour contrer la stigmatisation, mais note que ses initiatives sont encore insuffisantes ou mal structurée. Les patients manquent des ressources pour faire face (coping) et s'en remettent souvent à une attitude passive d'attente ou de résignation. La littérature suggère que le partage d'expérience par les survivants est une stratégie puissante. Avitabile et all montre comment les récits de guérison peuvent aider à normaliser la maladie (Avitabile et al., 2024). De plus, Hinzmann et all prône le soutien par les paires. Cependant, à Kailo l'environnement hostile freine l'émergence de ce groupe des paroles. Les recommandations de Aynalem et all sur la réponse aux besoins communautaire raisonne ici comme un besoin non satisfaisait : les interventions actuelles sont trop focalisées sur le biomédical et pas assez sur le tissu social (Aynalem et al., 2024) Les stratégies actuelles dans la zone de santé de Kailo sont principalement réactives et centrée sur l'hôpital. Elles échouent à traiter la stigmatisation à sa racine, c'est-à-dire dans la communauté. L'isolement du patient, bien que justifié épidémiologiquement, est vécu comme une incarcération car il n'est pas accompagné d'un soutien psychologique adéquat. Nous plaidons pour un changement paradigme : passer d'une gestion de la maladie à une gestion de la personne malade dans son environnement. L'intégration formelle des survivants guéris comme agent de sensibilisation pourrait être la clé pour briser le mythe de la ''maladie mortelle et honteuse" et démontrer que la guérison est possible, réduisant ainsi la peur et, par conséquent, la stigmatisation. Toutefois, cette étude présente plusieurs limites : tout d'abord, la généralisation des résultats reste limitée, car les contextes culturels et sanitaires spécifiques à la zone de santé de Kailo peuvent différer significativement d'autres environnements géographiques. Ensuite, les contraintes logistiques et infrastructurelles locales peuvent affecter la profondeur et la qualité des données recueillies notamment en ce qui concerne la durée ou les conditions des entretiens. Par ailleurs, le recrutement des participants, bien qu'effectué à la fois au sein des Structures sanitaires et dans les communautés environnantes, peut introduire un biais de sélection. Certaines personnes particulièrement stigmatisées ou vulnérables sur le plan psychologique peuvent hésiter à participer. Enfin, la sensibilité du sujet lié à la stigmatisation peut limiter l'expression libre de certains répondants malgré les garanties de confidentialité assurées. Néanmoins, ces limites n'altèrent pas la valeur scientifique et humaine de l'étude mais nécessitent une interprétation prudente et contextualisée des résultats obtenus, en tenant compte des spécificités locales.

5. CONCLUSION

En conclusion, cette étude qualitative menée dans la Zone de Santé de Kailo confirme et approfondit l'impact dévastateur de la stigmatisation liée au Mpox sur toutes les parties prenantes, révélant un phénomène socio-écologique enraciné dans l'ignorance. Les résultats valident l'objectif d'identifier les manifestations de la stigmatisation, montrant un rejet physique et social radical (isolement extrême, rupture des liens conjugaux et familiaux) qui s'étend au-delà des mesures sanitaires. Les objectifs d'analyse des impacts psychologiques et sociaux sont atteints, car les malades vivent une altération sévère de l'estime de soi, se décrivant comme des « prisonniers » ou des « morts-vivants », ce qui est cohérent avec la théorie du stress de Lazarus et Folkman. L'humiliation et la « mort sociale » anticipée soulignent une souffrance psychique majeure. L'étude a identifié que le faible niveau d'instruction et la prégnance des croyances culturelles (malédiction, punition divine) sont les principaux facteurs étiologiques, confirmant

la pertinence de la théorie de la représentation sociale de Moscovici. Le dilemme des soignants entre protection et rejet crée une « barrière relationnelle » qui aggrave l'isolement. Enfin, conformément aux objectifs sur les stratégies d'adaptation, le soutien familial constant et la proximité des soins se positionnent comme des facteurs de résilience essentiels. L'étude met en lumière l'importance cruciale de la sensibilisation communautaire et de l'implication des survivants comme agents de déstigmatisation. Des interventions de santé publique doivent être urgemment déployées pour concilier les impératifs épidémiologiques avec un soutien psychosocial renforcé, centré sur l'éducation pour déconstruire les croyances erronées et sur la formation du personnel soignant à une approche plus humaine et inclusive.

6. CONFLITS D'INTÉRÊTS

Les auteurs ne déclare aucuns conflits d'intérêts.

Références

Atuluru, P., Weinstein, E. R., Serrano, L. P., Doblecki-Lewis, S., Rogers, B. G., & Harkness, A. (2024). A Rapid Environmental Scan of South Florida HIV Organizations' Mpox Messaging During the August 2022 Peak of the U.S. Outbreak. *AIDS and Behavior*, *28*(5), 1546-1558. https://doi.org/10.1007/s10461-023-04176-z

Avitabile, E., Menotti, L., Croatti, V., Giordani, B., Parolin, C., & Vitali, B. (2024). Protective Mechanisms of Vaginal Lactobacilli against Sexually Transmitted Viral Infections. *International Journal of Molecular Sciences*, *25*(17), 9168. https://doi.org/10.3390/ijms25179168

Aynalem, Z. B., Abate, M. D., Meseret, F., Muhamed, A. N., Abebe, G. K., Adal, A. B., Wondmieneh, A., Andualem, A., Ademe, S., Workye, H., Bewket, B., Beyene, G. A., Alene, T., & Tsega, T. D. (2024). Knowledge, Attitude and Associated Factors of Monkeypox Infection Among Healthcare Workers in Injibara General Hospital, Northwest Ethiopia. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, *17*, 1159-1173. https://doi.org/10.2147/JMDH.S454828

Babik, I., & Gardner, E. S. (2021). Factors Affecting the Perception of Disability : A Developmental Perspective. *Frontiers in Psychology*, *12*, 702166. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.702166

Caycho-Rodríguez, T., Vilca, L. W., Carbajal-León, C., Gallegos, M., Reyes-Bossio, M., Noe-Grijalva, M., Delgado-Campusano, M., & Muñoz-del-Carpio-Toia, Á. (2022). The Monkeypox Fear Scale : Development and Initial Validation in a Peruvian Sample. *BMC Psychology*, *10*, 280. https://doi.org/10.1186/s40359-022-00997-0

Crooks, S., Mitchell, G., Wynne, L., & Carter, G. (2025). Exploring the Stigma Experienced by People Affected by Parkinson's Disease : A Systematic Review. *BMC Public Health*, *25*, 25. https://doi.org/10.1186/s12889-024-21236-8

Greiner, D. (2024). Apprendre des désaccords entre Églises sur les questions morales : La démarche du Conseil œcuménique des Églises. *Revue d'éthique et de théologie morale*, *323*(3), 61-74.

Hantz, S., Mafi, S., Pinet, P., & Deback, C. (2023). De la variole du singe à la Mpox ou la réémergence d'une ancienne zoonose. *Revue Francophone des Laboratoires*, *2023*(553), 25-37. https://doi.org/10.1016/S1773-035X(23)00132-6

Henwood-Hernando, M. (2025). *Quand le passé rejoint le présent : Comprendre les enjeux sanitaires d'au-*

jourd'hui à la lumière des épidémies d'hier. Librinova.

Kinganda-Lusamaki, E., Ayouba, A., Mbala-Kingebeni, P., Ahuka-Mundeke, S., Muyembe-Tamfum, J.-J., Delaporte, E., & Peeters, M. (2025). De l'émergence du mpox en République démocratique du Congo aux urgences sanitaires globales. *médecine/sciences*, *41*(8-9), 666-675. https://doi.org/10.1051/medsci/2025106

Linares-Navarro, R., Sanz-Muñoz, I., Onecha-Vallejo, V., Fernández-Espinilla, V., Eiros, J. M., Castrodeza-Sanz, J., & Prada-García, C. (2025). Psychosocial Impact and Stigma on Men Who Have Sex with Men Due to Monkeypox. *Frontiers in Public Health*, *13*. https://doi.org/10.3389/fpubh.2025.1479680

Loiseau, M. (2024). *Impact de la pandémie de COVID-19 sur les usagers et les professionnels du système hospitalier français. Réflexions à partir de l'exemple de deux populations : Les enfants âgés de moins de 5 ans et les soignants des unités de réanimation* [PhD thesis]. Université Bourgogne Franche-Comté. https://theses.hal.science/tel-04869399

Manwana Sindani, D.-M. (2026). Lire le passé colonial belgo-congolais, habiter le présent et imaginer le futur : Essai méthodologique à partir de l'épistémologie des vertus (morales et intellectuelles). Vers une herméneutique vertueuse du postcolonial. *Mémoire du Congo, du Rwanda et du Burundi*, *Mémoire du Congo n°76*(76). https://hdl.handle.net/2078.5/276162