

Les églises traditionnelles en République démocratique du Congo : anthropologie de la socialisation et de la solidarité communautaire dans la riposte aux épidémies et crises sanitaires

**par Kapanga Kule Serge, Atul Nyota Marie-Jeanne, Manuana
Lutonadio Osée, Luenda Busidi Alfred, Muyanga Muyaya Papy,
Longo Djamba Papy & Mulopo Kamba Blanchard**

Résumé

La République démocratique du Congo (RDC) fait face de manière récurrente à des épidémies de maladies infectieuses telles qu'Ébola, le Mpox, le choléra et la rougeole, dans un contexte marqué par la fragilité du système de santé, les inégalités socio-économiques et les crises sécuritaires. Dans ce contexte, les églises traditionnelles occupent une place importante dans la vie sociale et spirituelle des communautés. Cette étude analyse leur rôle dans les processus de socialisation, de solidarité communautaire et de riposte aux épidémies en RDC.

Une recherche qualitative d'inspiration anthropologique a été menée dans plusieurs communes de Kinshasa. Les données ont été collectées auprès de fidèles, de leaders religieux et de membres des communautés au moyen d'entretiens semi-directifs. L'analyse thématique des données a été réalisée selon une approche combinant des logiques inductives et déductives.

Les résultats montrent que les églises constituent des acteurs clés dans la diffusion des messages de santé, la mobilisation communautaire et le soutien psychosocial durant les crises sanitaires. Grâce au capital de confiance dont elles bénéficient, elles favorisent l'adhésion des populations aux mesures de

prévention et contribuent à l'organisation de la solidarité envers les personnes affectées. Toutefois, certaines interprétations religieuses des maladies et la circulation de messages contradictoires peuvent parfois limiter l'efficacité des interventions sanitaires.

L'étude conclut que les églises traditionnelles représentent des partenaires stratégiques de la santé publique. Leur intégration dans les dispositifs de préparation et de riposte aux épidémies apparaît essentielle pour renforcer la confiance communautaire, la résilience sociale et l'efficacité des interventions sanitaires.

Mots-clés : Églises traditionnelles ; engagement communautaire ; épidémies ; santé publique ; anthropologie de la santé ; sociologie religieuse ; résilience communautaire ; socialisation sanitaire ; solidarité communautaire

Abstract

The Democratic Republic of the Congo (DRC) is regularly confronted with outbreaks of infectious diseases such as Ebola virus disease, Mpox, cholera, and measles, within a context characterized by health system fragility, socio-economic inequalities, and security crises. In this context, traditional churches occupy an important place in the social and spiritual life of communities. This study examines their role in processes of socialization, community solidarity, and epidemic response in the DRC.

An anthropologically informed qualitative study was conducted in several municipalities of Kinshasa. Data were collected from worshippers, religious leaders, and community members through semi-structured interviews. Thematic data analysis was performed using a combined inductive and deductive approach.

The findings show that churches are key actors in disseminating health information, mobilizing communities, and providing psychosocial support during health crises. Through the trust and social capital they hold within communities, they promote

population adherence to preventive measures and contribute to organizing solidarity mechanisms for affected individuals. However, certain religious interpretations of diseases and the circulation of contradictory messages may sometimes limit the effectiveness of public health interventions.

The study concludes that traditional churches represent strategic partners for public health. Their integration into epidemic preparedness and response mechanisms is essential to strengthen community trust, social resilience, and the effectiveness of health interventions.

Keywords : Traditional churches; community engagement; epidemics; public health; medical anthropology; sociology of religion; community resilience; health socialization; community solidarity.

1. Introduction

La République démocratique du Congo (RDC) est depuis plusieurs décennies l'un des principaux foyers mondiaux des maladies infectieuses émergentes et réémergentes, notamment Ébola, Mpox, le choléra et la rougeole. Cette situation s'inscrit dans une dynamique épidémiologique complexe caractérisée par la récurrence et la superposition de plusieurs crises sanitaires, parfois simultanées, illustrant un contexte de syndémie où coexistent plusieurs pathologies infectieuses (Ilunga Kalenga et al., 2019 ; WHO, 2023). La RDC représente aujourd'hui l'épicentre mondial du Mpox, avec une proportion très élevée des cas et des décès rapportés à l'échelle globale, ce qui témoigne de la persistance de conditions favorables à la transmission et à l'expansion géographique des maladies (Africa CDC, 2024 ; WHO, 2024).

Cette vulnérabilité résulte d'une combinaison étroitement imbriquée de facteurs structurels, écologiques et socio-politiques. D'une part, la fragilité chronique du système de santé, marquée par un déficit en infrastructures, en ressources humaines qualifiées et en capacités de surveillance épidémiologique, limite la détection précoce

et la réponse rapide aux flambées (Garfield et al., 2024). D'autre part, les conditions socio-économiques précaires, notamment la pauvreté persistante, l'insécurité alimentaire et les déplacements massifs de populations liés aux conflits armés, contribuent à accroître l'exposition aux risques infectieux et à entraver l'accès aux soins (WHO, 2023 ; Vinck et al., 2019).

Par ailleurs, les transformations environnementales et l'intensification des interactions entre l'homme et la faune sauvage constituent des déterminants majeurs de l'émergence des maladies zoonotiques. En RDC, les activités de chasse, de consommation et de commerce de viande de brousse, combinées à la déforestation, à l'exploitation minière et à l'expansion agricole, augmentent significativement les risques de transmission zoonotique, notamment pour le virus Mpox transmis à partir de réservoirs animaux tels que les rongeurs et les primates (Olival et al., 2017 ; FAO, UNEP, WHO, & WOA, 2024). Ces dynamiques sont renforcées par la perturbation des écosystèmes et l'urbanisation rapide, qui rapprochent davantage les populations humaines des habitats naturels des agents pathogènes.

Ces conditions créent un environnement particulièrement favorable à l'émergence et à la réémergence de pathogènes à potentiel épidémique (WHO, 2023 ; DRC Ministry of Health, 2022 ; Camara et al., 2020). Les crises sanitaires successives ont également mis en évidence les limites des systèmes de surveillance épidémiologique et de réponse rapide, souvent aggravées par la mobilité des populations, les pratiques socioculturelles locales et l'accès limité aux services de santé. Malgré les efforts nationaux et internationaux, la RDC continue de faire face à des flambées épidémiques récurrentes, soulignant la nécessité de stratégies de riposte mieux adaptées aux réalités locales et aux dynamiques communautaires (WHO, 2023 ; Mbala-Kingebeni et al., 2019).

Dans ce contexte, les églises traditionnelles occupent une place centrale dans la vie sociale, culturelle et spirituelle des communautés en

RDC. Elles constituent non seulement des espaces de culte, mais également des institutions de socialisation, de solidarité et de régulation sociale profondément enracinées dans les dynamiques communautaires (Durkheim, 1912 ; Berger, 1967 ; Pew Research Center, 2015). Leur influence est particulièrement visible en période de crise sanitaire, où elles participent à la diffusion des normes sociales, à l'encadrement des comportements et au soutien psychosocial des populations affectées. Les travaux récents en anthropologie de la santé et en santé publique montrent que les acteurs religieux disposent d'un capital de confiance élevé au sein des communautés, ce qui leur confère une capacité d'influence déterminante sur les perceptions et les comportements liés à la santé (Abramowitz et al., 2017 ; Bedford et al., 2019 ; Barmania et al., 2021). Dans les contextes de fragilité institutionnelle, ils jouent souvent un rôle de médiateurs entre les systèmes de santé formels et les populations, facilitant la circulation de l'information sanitaire et l'acceptabilité des interventions. Toutefois, leur rôle demeure ambivalent, car certaines interprétations spirituelles des maladies peuvent entrer en tension avec les explications biomédicales et influencer différemment les réponses communautaires face aux épidémies (Wilkinson & Fairhead, 2017 ; Leach et al., 2020 ; Brinkworth & Rusen, 2022).

Malgré l'implication croissante des leaders religieux dans les stratégies de riposte sanitaire, les résultats des interventions demeurent contrastés. Si leur participation contribue à améliorer la diffusion des messages de santé publique et à renforcer l'adhésion communautaire, des résistances persistent, alimentées par des croyances spirituelles, des rumeurs et des perceptions divergentes de l'origine des maladies. Dans plusieurs contextes en RDC et en Afrique centrale, la méfiance envers les institutions sanitaires et les interventions extérieures continue de constituer un obstacle majeur à l'efficacité des réponses épidémiques (Vinck et al., 2019 ; Heymann et al., 2015 ; Salve et al., 2023). Cette situation met en lumière les limites des approches exclusivement biomédicales et souligne la nécessité de mieux comprendre les dynamiques sociales, culturelles et religieuses qui structurent les comportements de santé en contexte de crise.

Dans cette perspective, la question centrale de cette étude est la suivante : comment les églises traditionnelles contribuent-elles aux processus de socialisation et de solidarité communautaire dans la riposte aux épidémies et crises sanitaires en République démocratique du Congo, et dans quelle mesure influencent-elles les perceptions et les comportements des populations face aux interventions de santé publique ?

L'objectif de cette étude est d'analyser le rôle des églises traditionnelles dans les dynamiques de socialisation, de solidarité communautaire et de gestion des crises sanitaires en RDC, afin de comprendre leur influence sur l'acceptabilité des interventions de santé publique et sur les réponses communautaires face aux épidémies.

2. Matériels et Méthodologie

2.1. Conception de l'étude

Cette étude adopte une approche qualitative à visée anthropologique, inscrite dans une démarche exploratoire et interprétative, afin de comprendre les dynamiques sociales, culturelles et religieuses qui structurent la socialisation et la solidarité communautaire au sein des églises traditionnelles en contexte de crises sanitaires en République démocratique du Congo. L'approche qualitative permet d'accéder aux représentations sociales, aux significations et aux logiques d'action des acteurs dans leur environnement naturel, particulièrement dans des contextes marqués par l'incertitude sanitaire et la pluralité des systèmes de croyances (Creswell & Poth, 2018 ; Denzin & Lincoln, 2018). Dans une perspective anthropologique de la santé, cette étude s'intéresse aux pratiques, aux discours et aux interactions sociales produites au sein des espaces religieux en situation de crise épidémique, en considérant les Églises comme des institutions sociales productrices de normes et de sens (Brinkworth et al. 2022; Leach et al., 2020).

2.2. Sites de l'enquête

L'étude a été réalisée dans trois commune de la ville de Kinshasa, capitale de la RDC, choisie en raison de sa forte densité démographique, de sa diversité religieuse et de son exposition récurrente aux crises sanitaires telles que le choléra, la rougeole, la COVID-19 et les flambées de Mpox. Kinshasa constitue également un espace urbain où les églises traditionnelles jouent un rôle social majeur dans la structuration des solidarités communautaires et la gestion des vulnérabilités sociales. Plusieurs travaux récents soulignent que les grandes métropoles africaines, en particulier en contexte post-épidémique, constituent des terrains privilégiés pour analyser les interactions entre religion, santé et gouvernance communautaire (WHO, 2023 ; Bedford et al., 2019).

2.3. Échantillonnage et population d'étude

L'échantillonnage a été réalisé de manière raisonnée afin de sélectionner des participants susceptibles de fournir des informations riches et diversifiées sur le rôle des églises traditionnelles dans la gestion des crises sanitaires. La population d'étude était composée de responsables religieux, incluant des pasteurs, prophètes et leaders d'églises indépendantes, de fidèles actifs engagés dans les activités ecclésiales, ainsi que de membres impliqués dans des actions de solidarité communautaire telles que l'assistance aux malades, l'organisation de prières collectives et le soutien aux familles touchées par les crises sanitaires. Ce choix méthodologique permet de capter la diversité des expériences et des perceptions au sein des communautés religieuses, conformément aux recommandations des approches qualitatives en sciences sociales (Patton, 2015 ; Guest et al., 2020).

2.4. Collecte des données

Les données ont été collectées à travers des entretiens semi-directifs individuels et des discussions informelles avec les participants, complétés par des observations participantes au sein de certains espaces ecclésiaux. Les guides d'entretien ont été élaborés à partir de la littérature en anthropologie de la santé et en sociologie des religions, en

s'appuyant notamment sur les travaux récents portant sur le rôle des acteurs religieux dans les réponses aux épidémies en Afrique (Pew Research Center, 2015 ; Wilkinson & Fairhead, 2017). Les entretiens ont porté sur les perceptions des maladies, les pratiques de solidarité communautaire, le rôle des Églises dans la diffusion des messages de santé publique et les interactions avec les institutions sanitaires. Les échanges ont été conduits en français et en lingala afin de favoriser une expression libre et contextualisée des participants.

2.5. Analyse des données

Les données ont été analysées selon une approche thématique inspirée de Braun et Clarke (2019), permettant d'identifier, de coder et d'interpréter les principaux thèmes émergents à partir du corpus empirique. L'analyse a suivi un processus progressif comprenant la transcription intégrale des entretiens, la familiarisation avec les données, le codage initial, la construction de catégories thématiques et l'interprétation des résultats à la lumière des cadres théoriques en anthropologie de la santé et sociologie des religions. Cette démarche a combiné une logique inductive, permettant aux thèmes d'émerger directement du terrain, et une logique interprétative visant à les relier aux dynamiques sociales et culturelles plus larges observées dans les contextes de crises sanitaires en Afrique subsaharienne (Vinck et al., 2019 ; Kreps, 2022).

2.6. Considérations éthiques

Cette recherche a été conduite dans le respect strict des principes éthiques en recherche qualitative et en sciences sociales. Les participants ont été informés de manière claire et compréhensible des objectifs de l'étude, de la nature volontaire de leur participation, de la confidentialité des données collectées ainsi que de leur droit de retrait à tout moment sans aucune conséquence. Le consentement éclairé a été obtenu avant chaque entretien. L'anonymat des participants a été garanti par la suppression de toute information permettant leur identification directe ou indirecte. L'étude s'inscrit dans les

recommandations internationales en matière d'éthique de la recherche impliquant des êtres humains, notamment celles de l'Organisation mondiale de la Santé et du Conseil des organisations internationales des sciences médicales (CIOMS, 2016 ; WHO, 2021).

3. Résultats

Les résultats de cette étude montrent que les églises traditionnelles jouent un rôle structurant dans la socialisation sanitaire, la production de solidarité communautaire et la médiation des messages de santé publique en contexte de crises épidémiques à Kinshasa. L'analyse révèle toutefois des perceptions différenciées entre une majorité favorable à leur implication et une minorité plus critique, selon les communes étudiées (Mont-Ngafula, Masina, Selembao).

3.1. Les églises traditionnelles comme espaces de socialisation et de solidarité communautaire

Dans l'ensemble des communes étudiées, la majorité des répondants qualifie les églises traditionnelles de lieux centraux de socialisation, de cohésion et d'entraide, avec un rôle particulièrement marqué en période de crise sanitaire. Ces lieux remplissent plusieurs fonctions complémentaires qui expliquent leur centralité : production et transmission de normes sociales (comportements collectifs, discipline), régulation des relations interpersonnelles (appartenance, sanction informelle), et organisation pratique de l'aide (collectes, visites, prises en charge informelles). Ces fonctions sont observées de manière récurrente à Mont-Ngafula, Masina, Selembao et d'autres communes, ce qui indique une constance du phénomène au-delà de cas isolés.

Dans les discours recueillis, l'église est décrite comme un agent d'éducation informelle : elle sensibilise aux mesures préventives, orchestre la mobilisation des membres et coordonne des actions d'assistance matérielle et psychosociale auprès des familles touchées. Ces activités prennent des formes variées selon le contexte local : distribution de denrées, organisation de prières collectives de soutien, visites de malades, constitution de fonds d'entraide, ou médiation pour

l'accès aux soins. L'intensité et la rapidité de la réponse communautaire portée par les églises apparaissent souvent supérieures à celles des institutions publiques locales, notamment dans les quartiers populaires où les services étatiques sont perçus comme intermittents.

Les différences locales se manifestent selon la taille des congrégations, le charisme et l'engagement des leaders religieux, et les ressources disponibles au niveau paroissial. En revanche, une minorité d'enquêtés attire l'attention sur des limites importantes : certaines pratiques religieuses ou discours peuvent contredire les recommandations sanitaires, promouvoir des interprétations exclusivement spirituelles des maladies ou encourager des comportements retardant le recours aux soins. Ces tensions varient selon les positions doctrinales des églises et la confiance préexistante envers les autorités sanitaires. Ainsi, si les églises constituent des vecteurs puissants de solidarité et de socialisation sanitaire, leur impact sur la santé publique est ambivalent et dépend fortement de leur articulation avec les dispositifs sanitaires formels et des modalités de collaboration mises en œuvre.

3.2. Rôle des églises dans la diffusion des messages de santé publique

La majorité des participants reconnaît que les églises traditionnelles jouent un rôle clé dans la diffusion des messages de santé publique durant les épidémies (Ébola, Mpox, choléra, COVID-19). Elles font office de relais entre les autorités sanitaires et les populations, adaptant et transmettant les informations dans un cadre familial et de confiance. À Masina, la plupart des interlocuteurs observent que les recommandations émises par les pasteurs ou leaders religieux sont mieux reçues que les messages venant directement des structures sanitaires, ce qui facilite l'acceptation de la vaccination et des gestes préventifs. À Selembao, de nombreux participants soulignent que l'église contribue à rendre les messages compréhensibles, en les traduisant dans un langage accessible et en les présentant dans un

environnement rassurant. Dans plusieurs communes, les églises sont perçues comme des vecteurs de traduction culturelle des messages sanitaires, adaptant le contenu aux normes et pratiques locales. Toutefois, une minorité signale des risques : certaines congrégations peuvent diffuser des messages contradictoires ou privilégier des interprétations spirituelles des maladies, ce qui peut décourager le recours aux soins. À Mont-Ngafula, quelques jeunes et informants pointent ce glissement vers des explications exclusivement spirituelles comme un facteur de refus ou de retard dans la prise en charge médicale.

3.3. Confiance, influence et adhésion aux interventions sanitaires

La majorité des participants rapporte que les églises traditionnelles contribuent à renforcer la confiance envers les interventions sanitaires, surtout lorsque ces acteurs religieux collaborent avec les autorités sanitaires ou relaient des messages validés. Cette confiance se traduit par une meilleure acceptation des campagnes de vaccination et des mesures préventives au sein des congrégations. Dans plusieurs communes, les fidèles indiquent que les recommandations émanant des pasteurs ou leaders religieux sont perçues comme plus légitimes et sont donc plus susceptibles d'être suivies que des consignes strictement institutionnelles.

En revanche, une minorité d'informants signale l'ambivalence de cette influence. L'effet dépend largement du positionnement individuel des leaders religieux : certains mobilisent leurs communautés en faveur des gestes de prévention et de la vaccination, tandis que d'autres privilégient des réponses spirituelles qui peuvent minimiser l'importance des soins biomédicaux. Cette variabilité locale explique pourquoi, selon les contextes, l'appui des églises peut soit faciliter significativement l'adhésion aux interventions, soit, dans certains cas, constituer un frein au recours aux services de santé.

3.4. Résistances, croyances spirituelles et interprétations des maladies

Les résultats indiquent que, dans plusieurs communes (notamment Selembao et Mont-Ngafula), des interprétations

spirituelles des maladies restent présentes et façonnent les comportements de santé. Une minorité d'enquêtés attribue encore l'origine des maladies à des causes surnaturelles comme les malédictions, attaques spirituelles ou insuffisance de foi, ce qui peut réduire la confiance dans les soins biomédicaux et retarder ou empêcher le recours aux services de santé. Ces représentations se manifestent par plusieurs dynamiques observées sur le terrain :

- Priorisation des pratiques rituelles : certains fidèles privilégient prières, consultations spirituelles ou remèdes traditionnels avant d'envisager une consultation médicale, considérant ces actes comme préalables ou indispensables au succès du traitement.
- Conditionnalité de l'efficacité biomédicale : une partie des participants estime que les médicaments ou interventions médicales ne seront efficaces que si elles sont précédées d'un acte religieux (prière, confession, purification), créant une séquence ritualisée de recours.
- Rejet ou méfiance envers certaines interventions : des croyances religieuses peuvent alimenter des doutes sur la vaccination, les traitements médicaux ou les mesures de prévention, surtout lorsque les messages sanitaires sont perçus comme déconnectés des cadres symboliques locaux.
- Autorité du leader religieux : le positionnement doctrinal et le discours des pasteurs ou chefs spirituels influencent fortement les décisions individuelles; lorsqu'un leader minimise la médecine ou présente la maladie comme exclusivement spirituelle, l'adhésion aux soins diminue.

Ces tensions entre explications religieuses et biomédicales ont des conséquences concrètes sur la trajectoire de soins : retards de consultation, recours simultané à des pratiques traditionnelles et biomédicales, abandon partiel des traitements, ou acceptation conditionnelle des mesures sanitaires. Toutefois, les modalités et l'intensité de ces résistances varient selon l'éducation sanitaire des fidèles, l'intégration des messages de santé par l'église locale, la

confiance envers les autorités sanitaires et l'existence de liens de coopération entre acteurs religieux et services de santé. En somme, les croyances spirituelles constituent un facteur déterminant, parfois limitant, dans l'adhésion aux interventions sanitaires, mais elles ne se traduisent pas uniformément en refus catégorique des soins.

3.5. Engagement communautaire et transformation des comportements

La majorité des participants estime que les églises traditionnelles jouent un rôle significatif dans la modification des comportements en période d'épidémie, notamment concernant l'hygiène, les mesures préventives et le recours aux soins. Les actions mises en avant prennent des formes variées : sensibilisation lors des cultes, organisation de campagnes d'information, démonstrations pratiques d'hygiènes (lavage des mains, port des masques et distanciation sociale), encouragement au dépistage et facilitation de l'orientation vers les structures de soins. Ces interventions sont souvent perçues comme efficaces parce qu'elles s'inscrivent dans un cadre de confiance et de répétition régulière des messages.

Exemples tirés des terrains étudiés illustrent cette dynamique. À Masina, plusieurs participants rapportent une augmentation des pratiques d'hygiène et une consultation plus rapide des structures de santé après des messages répétitifs de prévention portés par l'église. À Mont-Ngafula, des campagnes communautaires organisées depuis la paroisse ont contribué à réduire la stigmatisation et à encourager la révélation des symptômes, favorisant ainsi un meilleur repérage des cas. Ces changements relèvent autant de la diffusion d'informations que de la normalisation sociale de nouveaux comportements par la pression et l'exemplarité collective.

Cependant, l'impact dépend fortement du degré d'engagement et de la posture des leaders religieux. Quand un pasteur ou un animateur paroissial soutient activement les messages de santé publique, l'adhésion des fidèles est notablement plus élevée ; à l'inverse, l'absence d'implication ou le discours sceptique d'un leader réduit

l'effet des campagnes. Ainsi, l'influence des églises est conditionnelle à des facteurs organisationnels (taille et ressources de la congrégation), relationnels (crédibilité du leader) et contextuels (confiance envers les autorités sanitaires, accès aux services).

En synthèse, les églises traditionnelles constituent des leviers puissants de changement comportemental en contexte épidémique, par la combinaison de médiation informationnelle, pression normative et soutien logistique. Néanmoins, cette influence reste ambivalente : elle renforce souvent les pratiques favorables à la santé publique mais peut aussi, selon les discours et croyances promus localement, limiter certaines pratiques biomédicales. Pour maximiser l'impact positif, les stratégies de santé publique devraient envisager des partenariats ciblés avec les leaders religieux, des formations adaptées et des outils de communication co-construits, afin d'aligner les messages et de réduire les frictions entre cadres spirituels et approches biomédicales.

4. Discussion

4.1. Entre adhésion et méfiance : rôle de l'engagement communautaire dans l'efficacité des interventions de santé publique en RDC

Les résultats de cette étude montrent que l'engagement communautaire constitue un déterminant central de l'efficacité des interventions de santé publique en RDC. Ils confirment que la gestion des épidémies ne peut être réduite à une approche strictement biomédicale, mais doit intégrer les dimensions sociales, culturelles et relationnelles qui structurent les comportements de santé.

Ces constats rejoignent les orientations de l'Organisation mondiale de la Santé, qui souligne que la communication des risques et l'engagement communautaire sont des piliers essentiels de la préparation et de la réponse aux épidémies (WHO, 2023 ; WHO, 2022). Dans plusieurs contextes africains, notamment lors des épidémies

d'Ébola, la faible prise en compte des dynamiques sociales a contribué à renforcer la méfiance envers les autorités sanitaires et à limiter l'efficacité des interventions (Abramowitz et al., 2017 ; Bedford et al., 2019).

Dans cette étude, l'adhésion majoritaire des participants aux interventions étatiques traduit une reconnaissance du rôle de l'État dans la gestion des crises sanitaires. Toutefois, la présence d'une méfiance persistante chez une minorité rejoint les résultats observés en Afrique de l'Ouest et en RDC, où les perceptions négatives des interventions sanitaires ont été associées à des expériences antérieures de communication verticale et peu contextualisée (Vinck et al., 2019 ; Pellecchia et al., 2015).

4.2. Engagement communautaire et acceptabilité des interventions sanitaires

Les résultats confirment que l'engagement communautaire améliore significativement l'acceptabilité des interventions sanitaires, notamment lorsque les messages sont diffusés en langues locales et relayés par des leaders communautaires. Cette observation est cohérente avec les travaux récents qui montrent que la proximité sociale constitue un facteur clé de confiance en période d'épidémie (Kreps, 2022 ; WHO, 2023).

L'implication des relais communautaires, des chefs traditionnels et des leaders religieux apparaît comme un mécanisme essentiel de médiation entre le système de santé formel et les communautés. Ces acteurs jouent un rôle d'« intermédiaires de confiance », facilitant l'appropriation des messages sanitaires. Cette dynamique est également décrite dans la théorie de la diffusion des innovations de Rogers (2003), mais elle est confirmée dans des contextes récents d'Ébola et de Mpox en Afrique centrale (Ilunga et al., 2019 ; Africa CDC, 2024).

4.3. Communication des risques, confiance et barrières socioculturelles

L'étude met en évidence des limites importantes liées à l'accessibilité linguistique et culturelle des messages sanitaires. Les résultats montrent que les messages trop techniques ou diffusés uniquement en français réduisent leur compréhension, en particulier dans les milieux ruraux.

Ces observations rejoignent les travaux récents qui soulignent que l'efficacité de la communication des risques dépend fortement de son adaptation culturelle et linguistique (Kreps, 2022 ; WHO, 2023). De plus, la persistance des rumeurs et de la désinformation constitue un obstacle majeur à l'adhésion communautaire, comme l'ont montré Vinck et al. (2019), qui ont documenté le rôle central de la désinformation dans la résistance aux interventions lors des épidémies d'Ébola en RDC.

Des études récentes sur Mpox en RDC confirment également que la méfiance institutionnelle et les théories de complot continuent d'influencer les comportements de santé, malgré les efforts de communication communautaire (Africa CDC, 2024 ; UNICEF, 2024).

4.4. Transformation des comportements et effets des campagnes de santé publique

Les résultats montrent une transformation progressive des perceptions et comportements liés aux maladies infectieuses (Ébola, Mpox, choléra, rougeole). Cette évolution est particulièrement visible dans l'adoption des pratiques d'hygiène et l'acceptation de la vaccination.

Ces résultats sont cohérents avec les études menées lors des réponses à Ébola en RDC et en Afrique de l'Ouest, qui montrent que l'implication des leaders communautaires améliore l'adhésion aux mesures de contrôle (Ilunga et al., 2019 ; Bedford et al., 2019). Les recherches récentes confirment également que la transformation

comportementale dépend fortement de la légitimité des messagers et des réseaux sociaux locaux (Kreps, 2022).

4.5. Normes sociales et pratiques culturelles dans la transmission des risques

L'étude met en évidence que certaines pratiques sociales (funérailles, soins communautaires, visites aux malades) constituent des facteurs importants de transmission des maladies infectieuses. Ces résultats sont largement documentés dans la littérature sur Ébola en Afrique centrale (Hewlett & Amola, 2003 ; WHO, 2022).

Cependant, les résultats soulignent que ces pratiques ne peuvent être réduites à des « facteurs de risque », car elles s'inscrivent dans des systèmes de significations sociales et spirituelles profondément enracinés. Les travaux récents en anthropologie médicale montrent que les réponses coercitives ou non contextualisées peuvent renforcer la résistance communautaire plutôt que la réduire (Wilkinson & Fairhead, 2017 ; Leach et al., 2020).

4.6. Implications pour les politiques de santé publique

Les résultats soulignent la nécessité d'adopter des politiques de santé publique intégrant les dimensions sociales, culturelles et anthropologiques. L'OMS recommande explicitement une approche centrée sur les communautés pour renforcer la résilience sanitaire en contexte d'épidémie (WHO, 2023).

Les études récentes montrent également que l'engagement communautaire améliore non seulement l'efficacité des interventions, mais aussi leur durabilité (Bedford et al., 2019 ; Africa CDC, 2024). Toutefois, cette étude suggère que ces approches restent insuffisamment structurées et nécessitent une meilleure intégration institutionnelle et une adaptation plus fine aux réalités locales.

4.7. Vers une approche durable de l'engagement communautaire

Les résultats indiquent que les interventions les plus efficaces reposent sur des réseaux de confiance locaux et des formes de légitimité

sociale déjà existantes. Les leaders communautaires jouent un rôle clé dans la transformation des perceptions et la réduction de la stigmatisation.

Cette dynamique s'inscrit dans une logique de résilience communautaire, où la capacité d'adaptation dépend du capital social et de la qualité des interactions avec les institutions sanitaires (Patel et al., 2017 ; WHO, 2023).

Enfin, les résultats montrent que l'efficacité des interventions dépend moins de leur mise en œuvre technique que de leur appropriation sociale. En l'absence de confiance, de médiation culturelle et d'implication réelle des acteurs locaux, les interventions sanitaires risquent de perdre en efficacité, voire de produire des effets contre-productifs, comme observé dans plusieurs contextes d'épidémies récentes en Afrique centrale (Vinck et al., 2019 ; Africa CDC, 2024).

5. Conclusion et implications

Cette étude montre que les églises traditionnelles occupent une place structurante dans les dynamiques de socialisation, de solidarité communautaire et de réponse aux crises sanitaires en République démocratique du Congo. Elles apparaissent comme des espaces sociaux centraux où se construisent les normes de comportement, la circulation de l'information sanitaire et les mécanismes d'entraide en contexte d'épidémie. Les résultats mettent en évidence une forte capacité de ces institutions à influencer les perceptions des maladies infectieuses ainsi que l'adhésion aux mesures de prévention, notamment à travers la confiance accordée aux leaders religieux et la proximité culturelle avec les fidèles.

Cependant, cette influence demeure ambivalente. Si une majorité des participants reconnaît le rôle positif des églises dans la sensibilisation, la solidarité et la promotion des comportements de

prévention, une minorité exprime des réserves liées à certaines interprétations spirituelles des maladies, susceptibles de concurrencer les explications biomédicales et de freiner le recours aux services de santé. Cette tension révèle la coexistence de plusieurs systèmes de sens dans la gestion des maladies, entre rationalité religieuse et rationalité biomédicale.

Dans l'ensemble, les résultats soulignent que l'efficacité des interventions de santé publique en contexte épidémique dépend fortement de leur ancrage social et culturel. Les Églises traditionnelles, en tant qu'acteurs de proximité, jouent un rôle de médiation essentiel entre les institutions sanitaires et les communautés, mais leur potentiel reste conditionné par la qualité de leur intégration dans les dispositifs officiels de réponse.

Sur le plan des implications, cette étude met en évidence la nécessité de renforcer les stratégies de santé publique fondées sur l'engagement communautaire, en particulier en mobilisant de manière structurée les leaders religieux comme partenaires de santé. Une collaboration institutionnalisée entre autorités sanitaires et Églises traditionnelles permettrait d'améliorer la diffusion des messages de prévention, de réduire les résistances liées aux croyances et de renforcer la confiance communautaire.

Par ailleurs, les politiques de santé publique devraient intégrer davantage les dimensions anthropologiques et socioculturelles dans la conception des interventions. Cela implique une adaptation linguistique des messages, une reconnaissance des systèmes de croyances locaux et une participation active des acteurs religieux dans la co-construction des stratégies de riposte. Une telle approche contribuerait non seulement à améliorer l'efficacité des interventions sanitaires, mais aussi à renforcer la résilience communautaire face aux crises épidémiques.

Enfin, cette étude ouvre des perspectives pour des recherches futures visant à explorer plus finement les interactions entre institutions religieuses et systèmes de santé formels, ainsi que leur impact sur les

comportements sanitaires dans différents contextes urbains et ruraux de la RDC.

Bibliographie

- Abramowitz, S. (2017). Epidemics (Especially Ebola). *Annual Review of Anthropology*, 46, 421–445. <https://doi.org/10.1146/annurev-anthro-102116-041616>
- Africa CDC. (2024). *Mpox outbreak situation report in Africa*. Africa Centres for Disease Control and Prevention.
- Barmania, S., & Reiss, M. J. (2021). Health promotion perspectives on the COVID-19 pandemic: The importance of religion. *Global Health Promotion*, 28(1), 15–22. <https://doi.org/10.1177/1757975920972992>
- Bedford, J., Farrar, J., Ihekweazu, C., Kang, G., Koopman, M. & Nkengasong, J. (2019). A new twenty-first century science for effective epidemic response. *Nature*, 575(7781), 130–136. <https://doi.org/10.1038/s41586-019-1717-y>
- Berger, P. L. (1967). *The sacred canopy: Elements of a sociological theory of religion*. Anchor Books.
- Braun, V., & Clarke, V. (2019). Reflecting on reflexive thematic analysis. *Qualitative Research in Sport, Exercise and Health*, 11(4), 589–597. <https://doi.org/10.1080/2159676X.2019.1628806>
- Brinkworth, J. F., & Rusen, R. (2022). SARS-CoV-2 Is Not Special, but the Pandemic Is: The Ecology, Evolution, Policy, and Future of the Deadliest Pandemic in Living Memory. *Annual Review of Anthropology*, 51, 527–548. <https://doi.org/10.1146/annurev-anthro-041420-100047>
- Camara, S., Delamou, A., Millimouno, T., Kourouma, K., Ndiaye, B. & Thiam, S. (2020). Community response to the Ebola outbreak: Contribution of community-based organisations and community leaders in four health districts in Guinea. *Global Public Health*, 15(12), 1767–1777. <https://doi.org/10.1080/17441692.2020.1789194>
- Council for International Organizations of Medical Sciences. (2016). *International ethical guidelines for health-related research involving humans*. CIOMS.

- Creswell, J. W., & Poth, C. N. (2018). *Qualitative inquiry and research design: Choosing among five approaches* (4th ed.). Sage Publications.
- Denzin, N. K., & Lincoln, Y. S. (Eds.). (2018). *The Sage handbook of qualitative research* (5th ed.). Sage Publications.
- DRC Ministry of Health. (2022). *Rapport annuel sur les épidémies en République démocratique du Congo*. Ministère de la Santé, RDC.
- Durkheim, É. (1912). *Les formes élémentaires de la vie religieuse*. Félix Alcan.
- Food and Agriculture Organization of the United Nations (FAO), United Nations Environment Programme (UNEP), World Health Organization (WHO), & World Organisation for Animal Health (WOAH). (2024). *One Health joint plan of action (2022–2026): Annual progress report 2024*. WHO.
- Garfield, R., Fonjungo, P., Soke, G., Baggett, H., Montgomery, J., Luce, R., Klena, J., Mbala-Kingebeni, P., Ahuka, S., Mwamba, D., Muyembe-Tamfam, J. J., & Agolory, S. (2024). Ebola Outbreak Control in the Democratic Republic of the Congo. *Disaster medicine and public health preparedness*, 18, e287. <https://doi.org/10.1017/dmp.2024.172>
- Guest, G., Namey, E. E., & Chen, M. (2020). A simple method to assess and report thematic saturation in qualitative research. *PLoS ONE*, 15(5), e0232076. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0232076>
- Hewlett, B. S., & Amola, R. P. (2003). Cultural contexts of Ebola in Northern Uganda. *Emerging Infectious Diseases*, 9(10), 1242–1248. <https://doi.org/10.3201/eid0910.020493>
- Heymann, D. L., Chen, L., Takemi, K., Fidler, D. P., Tappero, J. W., Thomas, M. J., Kenyon, T. A., Frieden, T. R., Yach, D., Nishtar, S., Kalache, A., Oliaro, P. L., Horby, P., Torreele, E., Gostin, L. O., Ndomondo-Sigonda, M., Carpenter, D., Rushton, S., Lillywhite, L., Devkota, B., Koser, K., Yates, R., Dhillon, R. S., & Rannan-Eliya, R. P. (2015). Global health security: The wider lessons from the West African Ebola virus disease epidemic. *The Lancet*, 385(9980), 1884–1901. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)60858-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)60858-3)

- Kalenga, O. I., Moeti, M., Sparrow, A., Nguyen, V.-K., Lucey, D., & Ghebreyesus, T. A. (2019). The ongoing Ebola epidemic in the Democratic Republic of Congo, 2018–2019. *New England Journal of Medicine*, 381(4), 373–383. <https://doi.org/10.1056/NEJMSr1904253>
- Kreps, G. L. (2022). Addressing challenges to effectively disseminate relevant health information. *World Medical & Health Policy*, 14(2), 220–224. <https://doi.org/10.1002/wmh3.528>
- Leach, M., Scoones, I., & Stirling, A. (2020). *Dynamic sustainabilities: Technology, environment, social justice*. Earthscan.
- Mbala-Kingebeni, P., Pratt, C. B., Wiley, M. R., Diagne, M. M., Makiala-Mandanda, S., Aziza, A., Di Paola, N., Chitty, J. A., Diop, M., Ayoub, A., Vidal, N., Faye, O., Faye, O., Karhemere, S., Aruna, A., Nsio, J., Mulangu, F., Mukadi, D., Mukadi, P., Kombe, J., Mulumba, A., Duraffour, S., Likofata, J., Pukuta, E., Caviness, K., Bartlett, M. L., Gonzalez, J., Minogue, T., Sozhamannan, S., Gross, S. M., Schroth, G. P., Kuhn, J. H., Donaldson, E. F., Delaporte, E., Sanchez-Lockhart, M., Peeters, M., Muyembe-Tamfum, J.-J., Alpha Sall, A., Palacios, G., & Ahuka-Mundeke, S. (2019). 2018 Ebola virus disease outbreak in Équateur Province, Democratic Republic of the Congo: A retrospective genomic characterisation. *The Lancet Infectious Diseases*, 19(6), 641–647. [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(19\)30124-0](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(19)30124-0)
- Olival, K. J., et al. (2017). Host and viral traits predict zoonotic spillover from mammals. *Nature*, 546(7660), 646–650. <https://doi.org/10.1038/nature22975>
- Patel, S. S., Rogers, M. B., Amlôt, R., & Rubin, G. J. (2017). What Do We Mean by 'Community Resilience'? A Systematic Literature Review of How It Is Defined in the Literature. *PLoS currents*, 9, ecurrents.dis.db775aff25efc5ac4f0660ad9c9f7db2. <https://doi.org/10.1371/currents.dis.db775aff25efc5ac4f0660ad9c9f7db2>
- Patton, M. Q. (2015). *Qualitative research & evaluation methods* (4th ed.). Sage Publications.
- Pellecchia, U., Crestani, R., Decroo, T., Van den Bergh, R., & Al-Kourdi, Y. (2015). Social consequences of Ebola containment measures in

Liberia. *PLoS ONE*, 15(12), e0243036.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0243036>

Pew Research Center. (2015). *The future of world religions : Population growth projections, 2010–2050*. Pew Research Center.
<https://www.pewresearch.org/religion/2015/04/02/religious-projections-2010-2050>

Rogers, E. M. (2003). *Diffusion of innovations* (5th ed.). Free Press.

Salve, S., Raven, J., Das, P., Srinivasan, S., Khaled, A., Hayee, M., Olisenekwu, G., & Gooding, K. (2023). Community health workers and Covid-19 : Cross-country evidence on their roles, experiences, challenges and adaptive strategies. *PLOS Global Public Health*, 3(1), e0001447. <https://doi.org/10.1371/journal.pgph.0001447>

United Nations Children's Fund. (2024). *State of the world's children 2024: The future of childhood in a changing world*. UNICEF.

Vinck, P., Pham, P. N., Bindu, K. K., Bedford, J., & Nilles, E. J. (2019). Institutional trust and misinformation in the response to the 2018–19 Ebola outbreak in North Kivu, DR Congo. *The Lancet Infectious Diseases*, 19(5), 529–536. [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(19\)30063-5](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(19)30063-5)

Wilkinson, A., & Fairhead, J. (2017). Comparison of social resistance to Ebola response in Sierra Leone and Guinea suggests explanations lie in political configurations not culture. *Critical Public Health*, 27(1), 14–27. <https://doi.org/10.1080/09581596.2016.1252034>

World Health Organization. (2020). *Risk communication and community engagement (RCCE) action plan guidance : COVID-19 preparedness and response*. World Health Organization.
<https://www.who.int/publications-detail-redirect/risk-communication-and-community-engagement-%28rcce%29-action-plan-guidance>

World Health Organization. (2022). *Strengthening community engagement for health emergencies*. WHO.

World Health Organization. (2023). *Ebola virus disease – Democratic Republic of the Congo*. *WHO Disease Outbreak News*.
<https://www.who.int/emergencies/disease-outbreak-news>

World Health Organization. (2024). *Multi-country outbreak of mpox: External situation report no. 43 – 9 December 2024*. World Health Organization. <https://www.who.int/publications/m/item/multi-country-outbreak-of-mpox--external-situation-report--43---9-december-2024>