

Ebola en Guinée : formes de la stigmatisation des acteurs de santé survivants

Ebola in Guinea: Experience of Stigma among Health Professional Survivors

S. Sow · A. Desclaux · B. Taverne · Groupe d'étude PostEboGui

Reçu le 11 décembre 2015 ; accepté le 19 mai 2016
© Société de pathologie exotique et Lavoisier SAS 2016

Résumé L'objectif de cet article est de décrire les formes de stigmatisation que rencontrent les professionnels de santé survivant à la maladie à virus Ebola. Une étude, reposant sur des entretiens approfondis auprès de vingt survivants, réalisée à Conakry dans le cadre du programme PostEboGui (Revivre après Ebola), montre que les formes de stigmatisation comprennent principalement l'évitement, le rejet, le refus de réintégration au poste de travail, le déni de la maladie. Cette stigmatisation semble due à la peur de la contagion et à des conceptions divergentes de la maladie, sources de conflits. Elle est le plus souvent limitée, du fait des attitudes solidaires, et transitoire, car les survivants mettent en place des stratégies pour éviter le stigmaté. Cette recherche montre que le milieu médical perpétue le stigmaté vis-à-vis d'agents qui ont été exposés dans le cadre de leur rôle professionnel.

Mots clés Ebola · Agents de santé · Survivants · Stigmatisation · Programme PostEboGui · Guinée · Afrique intertropicale

S. Sow (✉) · A. Desclaux
Centre régional de recherche et de formation à la prise en charge de Fann, projet PostEboGui, Dakar, Sénégal
e-mail : souleymane.jules.sow@gmail.com

A. Desclaux
TransVIHMI (UMI 233 IRD, U 1175 Inserm),
institut de recherche pour le développement,
911, avenue Agropolis, BP 64501,
F-34394 Montpellier cedex 05, France

B. Taverne
TransVIHMI (UMI 233 IRD, U 1175 Inserm),
centre Norbert-Elias-EHESS, Marseille, France

Groupe d'étude PostEboGui
L. Abel, A. Ayoubou, S. Baize, M. Barry, M. Cissé, E. Delaporte,
C. Delmas, A. Desclaux, Saliou Bella Diallo, Mariama Sadio
Diallo, J.-F. Étard, C. Etienne, B. Granouillac, S. Izard, D. Kassé,
Alpha Kabinet Keita, L. Koivogui, Cece Kpamou,
C. Lacarabartz, S. Leroy, C. Levy Marchal, Y. Levy, N'Fally
Magassouba, L. March, M. Peeters, H. Raoul, I. Savané,
M. Saliou Sow, B. Taverne, A. Touré

Abstract This article aims to describe the various forms of stigma faced by Ebola health professional survivors. A study based on in-depth interviews with 20 survivors was conducted in Conakry as part of PostEboGui multidisciplinary cohort research Program (Life after Ebola) in July–August 2015. Participants were health professionals, male and female, mostly with precarious positions in the health system. The results show that stigmatization is mainly expressed through avoidance, rejection, or being refused to be reinstated in the position at work and non-acceptance of the disease by third parties. This stigmatization appears to be rooted in fear of contagion and in diverging conceptions of the disease aetiology that may engender conflict. Being health workers did not protect them against stigma and some of them faced rejection in their own health care facility. This stigmatization was not based on moral grounds, contrary to the one experienced by people living with HIV, and attitudes of solidarity were encountered in family and confessional networks. Responders found support within an association of survivors (Association des personnes guéries et affectées d'Ebola en Guinée, APE-GUAEG) that was created in early 2015. Stigmatization was temporary and disappeared for most responders owing to strategies implemented by survivors and because the fear of contagion had vanished: interviews were conducted when the notion of persistence of Ebola virus in the semen was not spread in the population. This research study shows that stigma is perpetuated among health agents, towards workers who were exposed by their professional role. This observation should be considered for specific measures towards behavioural change. Finally, the very notion of "stigmatization", widely used by public health institutions, is challenged by the diversity of individual experiences that are particular to Ebola virus disease regarding their expression and evolution. Studies on stigma related to Ebola should be held in other populations and contexts for comparison.

Keywords Ebola · Health agents · Survivors · Stigma · PostEboGui Program · Guinea · Sub-Saharan Africa

Introduction

Au-delà de leurs aspects biomédicaux, l'un des traits marquants des épidémies est la stigmatisation à l'endroit des malades ou des personnes supposées infectées. Définie en santé publique et sciences sociales comme une distinction ou une différence, dévalorisante ou péjorative, instituée sur la base d'une marque (le « stigmat ») associée à la maladie, la stigmatisation a été documentée pour des personnes atteintes de lèpre, de tuberculose et d'infection à VIH, de même que ses effets dévastateurs sur les communautés à travers l'histoire [4,16,17]. Cependant, les formes d'expression de la stigmatisation et leurs effets psychosociaux peuvent être différents selon les pathologies, ou selon les contextes, et mettre en jeu diverses logiques liées aux perceptions des causes de la maladie, à des représentations sociales péjoratives préexistantes du groupe atteint [3,11,15,17]. Ces réactions sociales et psychologiques d'exclusion ne peuvent être analysées sans prendre en compte les attitudes solidaires, les stratégies d'adaptation et de lutte, et les interactions entre ces dimensions [11,14].

La stigmatisation subie par les personnes qui ont survécu à la maladie à virus Ebola (MVE) au cours de l'épidémie en Afrique de l'Ouest (2014-2015) a fait l'objet de réflexions fondées sur la littérature concernant d'autres maladies sur des processus documentés [1,10]. Nous n'avons pas trouvé de publication fondée sur des études empiriques systématiques auprès des personnes concernées. Cette question est pourtant majeure, car la stigmatisation est un effet psychosocial de la MVE, concomitant aux effets biocliniques éprouvés à moyen et long termes que les survivants doivent gérer après la guérison de la phase aiguë et que les institutions impliquées dans la riposte contre Ebola ont « mise à l'agenda » en considérant qu'elle doit être combattue dans le cadre de la riposte [9]. Connaître l'expérience qu'en ont les survivants est important, alors qu'ils sont impliqués par les institutions sanitaires dans des activités de sensibilisation à la MVE et de prévention qui les mettent en contact avec la population [7,13].

L'objectif de cet article est de décrire et analyser la stigmatisation vécue par les survivants agents de santé en Guinée pour en préciser les formes d'expression et en identifier les particularités liées à cette maladie.

Méthode

L'étude a été menée auprès des participants de la cohorte PostEboGui (Revivre après Ebola) développée en Guinée par l'unité mixte internationale TransVIHMI (UMI 233 IRD/U 1175 Inserm), les services des maladies infectieuses du CHU de Donka et de l'hôpital préfectoral de Macenta. Son but est d'apporter une meilleure connaissance globale des conséquences cliniques, virologiques, immunologiques et des dimensions sociales, culturelles et politiques, de l'expé-

rience individuelle et collective de la maladie (<http://postebogui.wordpress.com/>). Il s'agit d'une étude de cohorte menée, sur 24 mois, chez des adultes et des enfants/adolescents déclarés guéris d'une infection à virus Ebola, elle s'inscrit dans le cadre de la mise en place d'un continuum des soins après la sortie d'un centre de traitement. Les participants à la cohorte bénéficient d'un suivi médical et psychosocial d'une durée de 24 mois à partir de leur sortie d'un centre de traitement. Fin avril 2016, près de 700 survivants sont inclus. Les 20 premiers agents de santé inclus parmi les survivants ont été sélectionnés pour une étude exploratoire sur la stigmatisation.

La méthode repose sur une approche qualitative qui vise moins à quantifier qu'à comprendre les déterminants de la stigmatisation chez ces survivants agents de santé. Elle s'appuie sur des entretiens individuels semi-structurés réalisés auprès de ces personnes entre juin et juillet 2015. Les 20 entretiens ont été effectués par un socioanthropologue dans des bureaux prévus à cet effet au sein des locaux du programme PostEboGui. Elles ont duré une heure en moyenne. Les thématiques abordées ont exploré l'impact social de la maladie, les perceptions de la transmission et de la stigmatisation, l'impact social sur les familles ; l'expérience du CTE ; l'expérience et le traitement social des sujets contacts. Les entretiens ont été réalisés en français. Les données ont été analysées à l'aide du logiciel d'analyse thématique Dedoose (www.dedoose.com).

Cette étude focalisée vient en complément d'une approche ethnographique classique réalisée à l'occasion de plusieurs mois de séjour en Guinée des trois coauteurs de ce texte afin d'appréhender au mieux le contexte socioanthropologique, économique et politique de la réinsertion des personnes guéries de MVE. Cette ethnographie s'est construite sur de nombreux entretiens réalisés avec un grand nombre d'acteurs sociaux impliqués directement ou indirectement (ou même non impliqués) dans la lutte contre la MVE, et à travers des participations à diverses activités sociales en lien avec la MVE (participation à des réunions des structures de lutte contre la MVE, rencontres formelles et informelles avec les membres des associations de personnes guéries de MVE, etc.) à Conakry et dans quelques villes de l'intérieur du pays.

Résultats

Description de la population d'étude

La population d'enquête comprend vingt professionnels de santé qui ont entre 27 et 40 ans, en moyenne 32 ans. Ils sont médecins (sept), agents techniques de santé (ATS, cinq), infirmiers (quatre), biologistes (deux), technicienne de laboratoire (une) et sage-femme (une). Ils sont répartis en neuf célibataires, cinq mariés, quatre divorcés et deux veuves qui disent que cette situation découle de la maladie. Neuf personnes ont reçu une formation universitaire (sept médecins

et deux biologistes), six ont le niveau baccalauréat plus trois années dans une école de formation en santé, quatre ont un niveau de secondaire et un le niveau primaire. Sur les vingt répondants, on compte seulement cinq salariés, dont deux agents de la fonction publique et trois contractuels dans le secteur privé, les quinze autres étant des stagiaires qui n'ont pas de revenus réguliers, mais des indemnités dispensées après une journée de travail et souvent conditionnées par les bénéfices générés dans leur lieu de travail. Ces professionnels de santé sont répartis entre huit ethnies, même s'ils sont majoritairement constitués de « Soussous ». Quinze sur vingt ont été contaminés au sein de leur lieu de travail soit par contact avec un patient lors de soins, soit par contact avec un collègue infecté. Seulement trois agents, toutes des femmes, ont contracté la maladie dans leur entourage familial, dont deux infectées par leur mari et une infectée par son jeune frère. Ils sont sortis guéris du CTE entre début avril 2014 et mai 2015 et ont tous été rencontrés à Conakry, même si dix d'entre eux sont originaires de la Guinée forestière. Aucune des personnes interrogées n'était atteinte de séquelles physiques ou psychiques perceptibles pouvant susciter la stigmatisation dans la vie quotidienne (Tableau 1).

Formes de stigmatisation et discrimination

Les survivants professionnels de santé rapportent des attitudes d'évitement et de rejet qui ont souvent culminé au

moment où ils étaient malades. Après la sortie du centre de traitement Ebola (CTE), cette mise à distance physique a été le fait de voisins, d'amis, de collègues et bien souvent de membres de leur famille. Des personnes fuient dès qu'apparaît la personne guérie ; certains voisins ont déménagé ; des amis ont limité leurs contacts ou n'ont plus donné signe de vie. En milieu professionnel, l'évitement de la part des collègues peut se doubler de l'exigence de preuves de la guérison, par exemple de la part de médecins chefs de service qui ont demandé le certificat délivré à la sortie du CTE. Trois personnes participant à l'étude n'ont pas retrouvé le poste qu'elles avaient avant leur maladie, sans que les causes de cette exclusion leur soient expliquées.

Dans le cercle familial, le rejet est moins affirmé : certains tiers manifestent une réserve, par exemple en refusant de partager les objets (ustensiles, vêtements) utilisés en commun avant la survenue de la MVE. Des tensions peuvent subsister avec des personnes de l'entourage qui s'étaient opposées à l'hospitalisation par méfiance vis-à-vis de la médecine. Des personnes déplorent les termes utilisés à leur égard (« Ebo, survivants, guéris, convalescents ») qui leur rappellent constamment la maladie.

Ces attitudes favorisent une « autostigmatisation » qui conduit la personne guérie à restreindre ses contacts avec autrui. Pour ne pas être victimes de propos ou d'actes malveillants, les personnes interrogées rapportent qu'elles ont : évité de revenir au travail dès la sortie du CTE, cessé de se rendre à

Tableau 1 Description de la population d'étude / <i>Description of study population.</i>						
Âge (ans)	Sexe	Ethnie	Religion	Situation matrimoniale	Étude	Profession
27	M	Soussou	Musulman	Célibataire	Secondaire	ATS
32	F	Malinké	Musulmane	Divorcée	Bac + 3	Sage-femme
33	M	Malinké	Musulman	Marié	Secondaire	ATS
26	M	Guerzé	Chrétien	Marié	Bac + 3	Infirmier
40	F	Soussou	Musulmane	Veuve	Supérieur	Biologiste
31	M	Guerzé	Chrétien	Célibataire	Supérieur	Médecin
28	M	Soussou	Chrétien	Célibataire	Supérieur	Médecin
33	F	Soussou	Musulmane	Divorcée	Primaire	ATS
33	F	Soussou	Chrétienne	Célibataire	Secondaire	ATS
35	M	Soussou	Musulman	Marié	Secondaire	ATS
33	M	Peul	Musulman	Marié	Supérieur	Médecin
28	M	Malinké	Musulman	Célibataire	Supérieur	Médecin
30	M	Kissien	Chrétien	Célibataire	Supérieur	Médecin
33	M	Konon	Chrétien	Célibataire	Supérieur	Médecin
29	M	Guerzé	Chrétien	Marié	Supérieur	Médecin
27	F	Peul	Musulmane	Veuve	Bac + 3	Laborantin
35	F	Kissienne	Musulmane	Divorcée	Bac + 3	Infirmière
40	F	Peul	Musulmane	Divorcée	Bac + 3	Infirmière
26	F	Malinké	Musulmane	Célibataire	Supérieur	Biologiste
34	F	Bagua	Musulman	Célibataire	Bac + 3	Infirmière

Source : Cohorte PostEbOgui.

des manifestations sociales, décidé de cesser de travailler ou se sont éloignées de leur famille ou amis. Ces conduites ont été dictées par la crainte d'être considéré comme une menace et déclenchées ou renforcées par des attitudes décrites plus haut. Une forme de discrimination particulière est le fait de ne pas être entendu lorsqu'on rapporte son expérience de malade : c'est le cas d'une personne qui, apparemment guérie, a été accusée d'avoir inventé sa maladie sous l'influence de Médecins sans frontières qui l'auraient rétribuée pour diffuser cette information. Enfin, contrairement à ce qui a été décrit pour l'infection à VIH [6], on n'observe pas de connotation morale péjorative associée à la MVE. Les personnes ne sont pas blâmées pour des comportements transgressifs que leur atteinte par Ebola aurait révélés.

La réduction ou suspension de leur vie sociale que s'imposent certaines personnes guéries pour éviter d'être stigmatisées et les actes de rejet génèrent chez certains des sentiments de détresse et de solitude. Parmi les survivants, sept ont déménagé pour mener leur vie ailleurs.

Une précarité des conditions de vie induite par la stigmatisation

Plus de la moitié des répondants ont été confrontés à une baisse de leurs revenus, n'ayant pu retrouver leur travail, ou parce que la clientèle se dérobe à leurs services. Huit sur vingt ont perdu leur emploi après leur guérison, six l'ont été par renvoi, tandis que deux ont volontairement abandonné leur travail du fait de la stigmatisation manifestée à leur égard par leurs collègues. Chez les femmes, six sur neuf ont été répudiées par leur mari à cause de la maladie et contraintes à retourner vivre dans leur famille, prises en charge par des parents généralement pauvres. Également confrontés aux impératifs du loyer, deux ATS, ayant perdu leur travail, ont dû retourner vivre au village sous la dépendance de leurs parents. Autant de situations qui reflètent plus ou moins des conditions de vie précaires au niveau des survivants agents de santé et largement imputables à la stigmatisation.

Expressions de solidarité et stratégies de protection

Parallèlement à la stigmatisation, des formes de solidarité envers les survivants se sont manifestées de la part des familles, des groupes confessionnels et des associations. Elles ont pris la forme de compassion et d'aide dans la sphère familiale suivant les liens de parenté, de prières dans les mosquées, ou de cotisations destinées les aider financièrement. Les répondants rapportent que les associations ont joué un rôle décisif en servant de cadre de concertation favorable au partage et à l'expression des besoins psychosociaux des personnes guéries. Enfin, sont mises en avant les interventions de l'État qui a mis en place l'indemnisation des familles de

professionnels de santé décédés, et surtout d'ONG qui ont octroyé aux survivants des kits alimentaires ou une aide financière.

Les multiples situations de stigmatisation rapportées ont été décrites comme transitoires, surtout présentes durant le premier trimestre suivant la sortie du CTE. Cela est notamment dû aux stratégies de défense et de repli sur elles-mêmes des personnes guéries qui taisent leur histoire de maladie ou changent d'environnement social lorsqu'elles perçoivent de l'hostilité. Dès la confirmation de leur cas, certains avaient déjà amorcé des mécanismes de protection depuis le CTE, par exemple en incitant les agents de la Croix-Rouge à appliquer la désinfection du domicile avec discrétion. D'autres se sont résolus à maintenir le secret sur leur diagnostic et leur hospitalisation au CTE, même vis-à-vis de leurs parents.

Discussion et conclusion

L'analyse de l'expérience de ces survivants montre que la stigmatisation prend une forme particulière pour l'épidémie d'Ebola. Comme pour d'autres pathologies, la peur de la contagion semble être la cause principale de l'éloignement physique, qui peut être considéré comme une application du principe de précaution plus ou moins excessive. Des interprétations causales associant Ebola à la sorcellerie ou des attitudes d'opposition à la médecine ont été évoquées comme causes d'évitement des survivants traités dans les CTE, que notre étude n'a pu explorer spécifiquement, mais qui rappellent le vaste registre sémantique associé aux causes de la maladie explicitées au cours d'épidémies antérieures de MVE [12] (voir notamment à ce propos les films d'Alain Epelboin <https://www.canal-u.tv/>, tels que « Ebola, ce n'est pas une maladie pour rire » (2007), https://www.canal-u.tv/video/smm/ebola_ce_n_est_pas_une_maladie_pour_rire.13710).

Le déni par des tiers de l'expérience de la maladie, lorsque des tiers refusent de croire une personne qui dit avoir été atteinte d'Ebola, reflète les interprétations profanes de la MVE en Guinée, marquées par la défiance et le doute [6]. Vécu par les survivants comme une absence de respect à leur égard, il n'avait pas été décrit pour d'autres pathologies [12].

Un autre résultat significatif est le caractère transitoire de la stigmatisation, peu évoqué dans les articles des médias portant sur l'épidémie ouest-africaine [2], mais décrit lors d'épidémies précédentes en Ouganda [4]. Il est probablement dû au fait que la MVE ne laisse pas de « marque physique » qui permette de reconnaître un ancien malade et à la relative résilience des survivants qui parviennent presque tous à se protéger en taisant leur expérience ou, dans les cas extrêmes, en changeant d'environnement social. Le défi méthodologique que pose la stigmatisation est similaire dans le contexte de l'infection à VIH, où l'absence d'expérience

ne doit pas faire conclure à une absence de « pensée stigmatisante », mais à la pratique du secret par les personnes atteintes comme cela a été montré à propos des veuves vivant avec le VIH au Sénégal. Elles déclarent ne plus souffrir au prix d'une absence de communication sur leur condition qui les maintient dans un statut de relégation sociale [4]. Par ailleurs, les attitudes stigmatisantes sont étroitement liées aux explications étiologiques dans leur système de sens et aux conflits et tensions sociales préexistant à l'épidémie, comme l'ont montré les analyses ethnographiques des attitudes envers les malades au cours des épidémies précédentes [8]. On doit aussi s'interroger sur l'impact des connaissances de la population à propos des risques de persistance du virus Ebola dans les fluides corporels tels que le sperme, un aspect qui n'a pas été abordé dans cette étude réalisée avant que cette notion ait été divulguée dans le milieu scientifique.

L'enquête concernait des professionnels de santé, ce qui pourrait laisser supposer que leur milieu professionnel leur apporte une aide ou qu'ils fassent l'objet de compassion du fait des circonstances de leur contamination. Cela n'est pas décrit par les participants à cette étude : les services de santé peuvent être des lieux de stigmatisation, y compris de la part de médecins, motivés par la peur. Par ailleurs, si l'environnement social des professionnels de santé correspond aux classes moyennes, leurs statuts souvent précaires, y compris pour des jeunes médecins ou internes qui travaillent sans contrat ni rétribution officielle, n'en font pas une catégorie sociale particulièrement favorisée par rapport à d'autres actifs urbains [5]. Les témoignages montrent l'importance des manifestations de solidarité dans les réseaux de parenté et confessionnels, ainsi que des aides auxquelles ces survivants ont eu accès auprès de l'État et d'ONG. De nombreux répondants sont engagés dans l'association des survivants (Association des personnes guéries et affectées d'Ebola en Guinée, APEGUAEG), et cette expérience collective a pu favoriser leur accès à des aides ou à des opportunités d'emplois temporaires évitant que les effets du dénuement s'ajoutent à ceux de la maladie.

Ce travail exploratoire constitue une première étude empirique centrée sur la stigmatisation des survivants en Guinée, qu'ils soient agents de santé ou non. Ces résultats, concernant une population urbaine et proche du système de santé, ne sauraient être généralisés d'emblée à l'ensemble de la population guinéenne. Ils appellent des études plus approfondies de la stigmatisation face à la MVE dans d'autres pays et contextes socioculturels. Ils apportent des éléments à la critique de la notion de *stigmatisation* qui correspond à des formes d'expression et à des rationalités trop diverses pour être cohérentes ; par ailleurs, ils confirment le caractère interactif de sa production [17] ainsi que le problème spécifique de la stigmatisation en milieu sanitaire.

Remerciements aux participants et à la *Task force* interministérielle française. L'étude PostEboGui est financée par l'Inserm.

Liens d'intérêts : les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

Références

1. Anoko J, Epelboin A, Formenty P (2014) Humanisation de la réponse à la fièvre hémorragique Ebola en Guinée : approche anthropologique (Conakry/Guéckédou mars-juillet 2014). Rapport de mission OMS, 94 p
2. Arwady MA, Garcia EL, Wollor B (2014) Reintegration of Ebola survivors into their communities — Firestone District, Liberia, 2014. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 63:1207–9
3. Desclaux A (2003) Stigmatisation, discrimination : que peut-on attendre d'une approche culturelle ? In: VIH/sida, stigmatisation et discrimination : une approche anthropologique. Études et rapports, série spéciale n° 20. Division des politiques culturelles et du dialogue interculturel. Unesco, pp 1–10
4. Desclaux A (2012) Mesurer la stigmatisation : comparaison entre approches relativiste et universaliste auprès des veuves. *halshs-00713037*, 20 p
5. Diallo Y (2001) Les relations des soignants titulaires et soignants bénévoles dans les centres de santé publics de Conakry. In: Diallo Y, Gruénais ME, Jaffré Y, Olivier de Sardan JP (eds) Les professionnels de santé : pratiques, identités et déontologies. *Bulletin réseau anthropologique de la santé en Afrique* 2:37–45
6. Fribault M (2015) Ebola en Guinée : violences historiques et régimes de doute. *Anthropologie et Santé* [En ligne]
7. Hewlett BS, Amola RP (2003) Cultural contexts of Ebola in Northern Uganda. *Emerg Infect Dis* 9:1242–8
8. Hewlett BS, Epelboin A, Hewlett BL, Formenty P (2005) Anthropologie médicale et fièvre Ebola au Congo : modèles culturels et soins humanistes. *Bull Soc Pathol Exot* 98:230–6 [<http://www.pathexo.fr/documents/articles-bull/T98-3-2761-2-7p.pdf>]
9. IRIN (2014) Lutter contre la stigmatisation des survivants d'Ebola. *IRINnews* [En ligne]
10. Karamouzian M, Hategekimana C (2015) Ebola treatment and prevention are not the only battles: understanding Ebola-related fear and stigma. *Int J Health Policy Manag* 4:55–6
11. Niang CI (2015) Le journal d'Ebola : écouter pour apprendre. *OMS* [En ligne]
12. Obilade TT (2015) Ebola virus disease stigmatization; the role of societal attributes. *Int Arch Med* 8:1–19
13. OMS (2014) La vie après Ebola prend un nouveau sens pour deux survivants qui désormais aident les autres. *OMS* [En ligne]
14. OMS (2014) Stratégie Ebola. Flambées épidémiques de maladie à virus Ebola et Marburg : préparation, alerte, lutte et évaluation. 83 p
15. Van Bortel T, Basnayake A, Wurie F, et al (2015) Effets psychosociaux d'une flambée de maladie à virus Ebola aux échelles individuelle, communautaire et internationale. *Bulletin de l'Organisation mondiale de la santé* [En ligne]
16. Vincent R (2002) Les signes faibles du discrédit. *Ethnos* 32:115–22
17. Weiss MG, Ramakrishna J, Somma D (2006) Health-related stigma: rethinking concepts and interventions. *Psychol Health Med* 11:277–87