

Ebola au regard des sciences sociales, CODESRIA/UCAD, Dakar, 6/11/14

Compte rendu d'Alice Desclaux

Le 6 novembre, le CODESRIA (Conseil pour le développement de la recherche en sciences sociales en Afrique) organisait une table-ronde à l'Université Cheikh Anta Diop de Dakar sur le thème « Ebola au regard des Sciences sociales ». Trois intervenants étaient annoncés (Ato Kwamena Onomo, Cheikh Ibrahima Niang et Sylvain Faye) sous la présidence de la Ministre de la santé et de l'action sociale. En l'absence des deux derniers, les présentations par les deux premiers orateurs ont été suivies d'une discussion avec la participation « d'acteurs clé » sollicités par la présidente de séance, Mme Aminata Diaw Cissé (philosophe et administratrice principale de programme au CODESRIA), parmi la cinquantaine d'auditeurs.

La présentation de **Ato Kwamena Onomo**, politologue, ghanéen, et spécialiste de la sécurité et la gouvernance au CODESRIA, portait sur « Une approche de la mobilité par les rites face à l'épidémie d'Ebola ». Sa réflexion portait plus particulièrement sur les rapports entre mobilité et gouvernance. Abordant la « mise en quarantaine » des sujets contact et la fermeture des frontières, AKO évoquait les effets possibles de ces mesures de restriction de la mobilité des personnes en termes de renforcement des politiques anti-immigration et des tendances xénophobes, plus ou moins affirmés selon les Etats. Il rappelait que la mobilité, notamment les circulations transfrontalières, a toujours été pour les populations un moyen d'échapper à l'oppression ou à la pauvreté. Il discutait leurs effets possibles en termes de fragilisation des rapports inter-Etats. Il soulignait les défis que représente le contrôle des frontières pour les Etats, qui ne peuvent totalement gérer les phénomènes de clandestinité, de corruption et d'exploitation générés par la fermeture des frontières. Enfin, en rappelant les pratiques sociales (qu'il qualifiait de « rites ») associées à la circulation entre deux pays, il avançait qu'il serait plus avisé d'appuyer la prévention ou la détection des cas d'Ebola sur ces pratiques que sur la fermeture des frontières. Cette réflexion hors données empiriques n'a pas suscité de commentaires ou questions de l'assistance.

Cheikh Ibrahima Niang, anthropologue à l'Institut des sciences de l'environnement de l'Université Cheikh Anta Diop de Dakar, a présenté une intervention sur « Socio-anthropologie de l'épidémie dans les districts de Kailahun et Kenema en Sierra Leone ». Cette présentation reprenait les éléments d'une présentation d'août 2014 plus limitée, faite dans le cadre d'une conférence du CODESRIA sur la résilience face aux risques, et se basait sur une enquête de terrain menée par CIN en juillet-août 2014 dans le cadre d'une demande de l'OMS. Cette enquête, dont CIN n'a pas explicité les termes de référence ni les questions qui lui avaient été posées, lui a permis de présenter des données ethnographiques de niveau micro et méso-social. CIN a enquêté majoritairement dans des villages et auprès d'un centre de santé, à une période marquée par l'absence de réponse médicale en zone rurale, les effets sociaux et humains dramatiques déjà patents, des interventions sanitaires brutales à certains égards, l'évitement des structures de soins par les populations et l'épuisement des professionnels de santé en sous-effectifs et déjà atteints eux-mêmes dans les sites de soin fonctionnels. Parmi ses données ethnographiques les plus parlantes, on peut citer la reconstitution des chaînes de transmission inter-individuelle, qui permet de percevoir de quelle manière les liens sociaux véhiculent le risque de transmission en « s'articulant » avec la mobilité. Simultanément, ces reconstitutions qui assemblent des vignettes biographiques donnent un visage au risque de transmission et permettent d'en entrevoir le contexte social et matériel. CIN a aussi enquêté auprès de professionnels de santé et il montre leur engagement et leurs angoisses, en mettant en lumière l'impact de la fatigue, du stress et de la surcharge de travail, en termes d'augmentation du risque de contamination dans le cadre des soins. CIN a développé une approche monographique qui l'a conduit à aborder de nombreux thèmes comme celui des rumeurs qui ne peuvent pas tous être rapportés dans ce compte rendu.

Outre ces riches données ethnographiques, CIN a livré des pistes d'interprétation, dont seulement les trois principales sont évoquées ici. Concernant l'exposition au risque et ses déterminants, il mentionne le rôle des inégalités de genre en évoquant la surreprésentation des femmes parmi les personnes atteintes, qui serait selon lui plus importante que ne le montrent les données épidémiologiques officielles. Concernant l'évitement des personnes malades ou suspectées, il convoque les analyses anthropologiques de la

stigmatisation liée à la maladie et ses résonances en termes d'impureté, dans la lignée des travaux de Mary Douglas sur les dimensions symboliques du stigmaté et de l'altérité. Concernant la « réponse biomédicale », les rapports très défavorables des populations aux services de santé seraient pour CIN la conséquence de l'agressivité et du manque d'empathie des soignants insensibles à la culture locale, représentatifs de la violence structurelle exercée par les systèmes de soins. De manière plus générale, CIN invite à lire les interventions médicales comme des formes de violence — « mise en quarantaine » des cas contacts, anonymisation du corps lors des funérailles, rituels de deuil escamotés — dont il explicite les effets sociaux : négation de l'identité des défunts, « dé-spiritualisation » de la mort, traitement ne respectant pas la dignité des personnes. CIN se situe dans la lignée des anthropologues qui ont été sollicités par l'OMS pour contribuer à « l'humanisation » des interventions biomédicales, notamment en apportant aux autorités de santé publique des éléments de compréhension des logiques des populations locales.

Les interventions qui ont suivi, de la part d'autorités scientifiques en médecine et en sciences sociales, de représentants d'institutions engagées dans la lutte contre la MVE et d'ambassades des pays touchés, ont commencé par abonder dans le sens de l'affirmation de l'importance des dimensions sociales des épidémies, une notion faisant désormais consensus.

Le premier commentaire dans le champ des sciences politiques interprétait la situation décrite en Sierra Leone comme la conséquence de la faiblesse des Etats en Afrique de l'ouest, conséquence des rapports de pouvoir au plan international dans un contexte post-colonial. Le représentant de l'Institut Pasteur de Dakar, qui appuie le laboratoire de l'Institut Pasteur à Conakry et réalise les tests diagnostics de MVE pour le Sénégal et une partie de la Guinée, a mis en perspective la description de CIN en situant l'évolution épidémiologique dans les six pays touchés, et il a explicité les enjeux du diagnostic.

Pour ma part j'ai décrit rapidement l'histoire de l'épidémie au Sénégal et ses enjeux sociaux, en montrant le contraste avec la situation en Sierra Leone décrite par CIN, en insistant sur la nécessité de comparer et contextualiser tout en gardant une approche critique, face à une expérience sénégalaise que plusieurs participants semblaient ne pas connaître. Khoudia Sow a plus tard réitéré ce propos en insistant sur le rôle du ministère de la santé et sur la mobilisation pendant la période de crise.

A propos du Sénégal, le Dr Viviane Ciss, qui représentait le chef du service des maladies infectieuses de Fann (SMIT, centre hospitalier de référence au niveau national pour la MVE) a fait le récit de ce qu'avait représenté la mobilisation pour les professionnels de santé qui ont reçu des patients suspects puis le malade confirmé, en faisant état de l'angoisse et de la stigmatisation qu'ont vécue les soignants eux-mêmes dont 40 ont été identifiés comme contacts. Pr Aïda Sylla a expliqué brièvement la manière dont le suivi des contacts à domicile a été appliqué (ce qui permettait de donner des éléments concrets face aux propos théoriques du premier intervenant concernant la « mise en quarantaine »), et évoqué l'importance des échanges entre professionnels de disciplines diverses (notamment sur des questions touchant au droit), une dimension majeure selon elle pour profiter de l'apport des sciences sociales.

Des avis médicaux ont rappelé qu'il fallait garder un certain recul vis-à-vis de « maladies vedettes » et s'intéresser aux effets sur la prise en charge d'autres pathologies, une notion que la présentation de CIN avait soulignée en montrant que le nombre de décès dus à d'autres pathologies que la MVE était largement supérieur à celui de cette maladie en Sierra Leone. D'autres interventions plus éloignées des thèmes de la conférence (lien avec le commerce international, rôle des chauves-souris et des pratiques culturelles de consommation, etc.) ne sont pas développées ici.

Commentaires d'un point de vue SHS/anthropo :

Une des observations majeures lors de cette conférence est la difficulté des orateurs et du public à prendre en compte l'évolutivité des situations, ce qui était favorisé par le fait que CIN n'a pas mentionné d'éléments d'actualisation de la situation qu'il a décrite. Cette évolutivité rapide, dans le sens de l'aggravation ou l'amélioration de la situation épidémiologique d'une part, des réponses d'autre part, doit attirer notre attention sur l'effort à faire de mise en perspective diachronique d'une part, et épidémiologique d'autre part. A mon sens la résolution à en tirer serait qu'il faut partout recueillir des chronologies des événements, pour ensuite les mettre en parallèle : au niveau régional/local, au niveau national, au niveau international. Sur cette base il sera possible de « caler » des histoires individuelles. Ce n'est pas qu'une remarque méthodologique : le rappel de l'évolutivité et la mise en perspective dynamique doivent être en arrière

plan de toute interprétation si on veut éviter les erreurs et inférences abusives. D'autre part la rigueur épidémiologique est nécessaire, une information de base nous serait utile, peut-être au travers d'échanges avec les épidémiologistes et virologues, pour ne pas ignorer dans nos analyses des aspects sociaux, les déterminants non sociaux de la transmission.

La présentation de CIN, comme les commentaires de l'assistance, ont montré que nous en sommes à un « stade pré-théorique » à propos de l'épidémie de MVE. Mise à part la notion de l'importance des dimensions sociales et politiques de l'épidémie, aucun cadre analytique commun n'est apparu dans ce débat. Seule Aïda Sylla, psychiatre, a mobilisé la notion de « crise », qui selon elle, impliquerait « d'agir d'abord en mobilisant des principes de base d'exercice de la médecine et de l'éthique, avant de réfléchir et d'analyser dans un second temps ». Pour les SHS, cela signifie que les modèles usuels de théorisation des pratiques biomédicales produites par l'expérimentation puis la production de normes globales ensuite ajustées et interprétées au niveau local ne correspondent pas à ce régime d'action. Le champ de la « crise sanitaire » — peut-être moins exploré que celui de l'humanitaire qu'il recoupe partiellement dans la notion « d'urgence sanitaire » — est à mobiliser pour aborder l'épidémie.

Cette absence de cadre analytique conduit chacun à interpréter l'épidémie avec ses outils conceptuels et ses schémas propres, ce qui a donné lieu à quelques digressions non rapportées ici. Certains schèmes d'interprétation induisent des erreurs du fait de généralisations trop hâtives : ainsi l'application abusive de la notion de fragilité des Etats ouest-africains (je ne commente pas l'imputation de cette situation aux rapports post-coloniaux) à tous les Etats, incluant le Nigeria et le Sénégal. Cette analyse implique que la fragilité des interventions publiques en matière de santé est la conséquence « allant de soi » de la fragilité des Etats. Sans même entrer dans la notion de « fragilité » qui semble être « tendance », on peut rappeler l'analyse de VK Nguyen dans *The republic of therapy* où il montre à propos de la Côte d'Ivoire au début des années 2000 que la notion d'Etat a une existence concrète pour les PvVIH au travers de l'accès aux antirétroviraux, quand aucun autre « service public » ou exigence d'engagement démocratique ne parvient jusqu'à eux. Ainsi l'action sanitaire peut être forte éventuellement dans un Etat faible, et les épidémies comme les guerres sont des « épreuves » pour l'Etat. Des pistes d'analyse pour les politologues en perspective, et pas seulement à propos des fermetures des frontières, un thème assez riche pour observer les rapports entre dimensions nationale et supra-nationale de la réponse à l'épidémie.

Alors que le CODESRIA est un organisme panafricain qui met en avant la collaboration des chercheurs de plusieurs disciplines des sciences sociales travaillant dans les trois langues majeures du continent, la dimension supra-nationale de la réponse à l'épidémie n'a pas été discutée. Le même jour, se tenait la session extraordinaire de la Conférence des chefs d'état et de gouvernement de la CEDEAO, dont le communiqué final indique en son point 13 : « Les Chefs d'Etat et de Gouvernement réitèrent leur attachement indéfectible aux principes de la libre circulation au sein de l'espace CEDEAO et invitent tous les États membres à s'y conformer, notamment en levant les restrictions et interdictions sur les mouvements des personnes et des biens en direction ou en provenance des pays affectés, tout en assurant le contrôle sanitaire requis au niveau des frontières »¹. Les tensions et conflits de normes entre niveaux national et régional, et leurs répercussions sur les relations entre autorités de santé et autorités en matière de sécurité intérieure et relations internationales offrent un champ à l'exploration en sciences sociales, juridiques et politiques.

Les interprétations en termes de violence structurelle de la biomédecine, qu'elles soient légitimes ou pas à un niveau macro-social, apparaissent difficiles à manier (surtout si ce sont les seules pistes d'interprétation proposées) face à des professionnels de santé, qui ont pu se sentir atteints par des propos émis à partir de la situation en Sierra Leone mais suffisamment généraux pour qu'ils soient perçus comme applicables au Sénégal. Ceci rappelle la question complexe des rapports entre individus et institutions dans nos analyses. Il est certain que si l'Etat sénégalais a réagi avec force, c'est (aussi) parce quelques personnes à des postes clé se sont engagées, dont la plupart sont dans l'ombre (de la ministre ou du ministère) dans les commentaires et les déclarations.

¹ <http://www.wahooas.org/spip.php?article785&lang=fr>

De manière plus générale, les discussions montraient la pertinence des « principes de base » en anthropologie : nécessité de s'ancrer dans des recueils de données rigoureux, de contextualiser, de comparer avec d'autres sites ou d'autres périodes, de confronter des discours divers à propos des mêmes objets, d'articuler les niveaux micro et macro-social et de ne pas ignorer les connaissances quantitatives dans les approches qualitatives. Le cadre conceptuel demeure très ouvert, au-delà d'une conceptualisation de la crise qui semble nécessaire. La notion de stigmatisation semble utiliser dans une acception de sens commun, alors qu'elle ne paraît pas vraiment pertinente comparativement à son application à propos du sida.

Enfin, CIN n'a pas eu le temps d'évoquer sa « posture » dans le dispositif, ni d'explicitier les conditions de sa participation, mais sa présentation évoquait la combinaison d'une approche d'anthropologie *dans* la santé publique et *de* la santé publique, appliquée et analytique. Il n'est pas certain que les deux dimensions supposent le même rapport à la conceptualisation, et la question de l'articulation de ces deux approches peut être posée à différents niveaux.

La conférence a montré qu'un travail de documentation de la MVE dans les pays « voisins » des trois pays les plus touchés est urgent, car les pays les plus atteints risquent de tenir lieu d'unique référence pour la compréhension de l'épidémie en Afrique de l'ouest, ce qui en donnerait une vision biaisée. D'autre part, un travail théorique reste à mener alors que les réflexions développées dans le monde anglophone portent quasi exclusivement sur les trois pays les plus touchés. Le cadre conceptuel doit-il être le même dans les pays en situation d'épidémie majeure et dans les pays « voisins », ou certains modèles théoriques sont-ils plus pertinents pour « nos » contextes ? Cette question reste en suspens.

La conférence a aussi mis en lumière la pertinence d'une approche anthropologique (par rapport à d'autres sciences sociales), et la nécessité de construire méthodologiquement les possibilités de comparaison entre sites et périodes, ce qui suppose de définir des approches (concepts, méthodes) pouvant être communs et des repères transversaux : des perspectives pour le réseau SHS Ebola !

Pour finir, je voudrais saluer et remercier les deux orateurs qui ont accepté de partager leurs travaux et d'échanger à ce propos, la durée de la conférence ayant été trop réduite pour qu'ils puissent présenter l'ensemble de leurs analyses.