

Anthropologie & Santé

Revue internationale francophone d'anthropologie de la santé

Numéros

L'« exceptionnalité » d'Ebola et les « réticences » populaires en Guinée-Conakry. Réflexions à partir d'une approche d'anthropologie symétrique

The « exceptionality » of Ebola and popular « reticences » in Guinea-Conakry. Reflections from a symmetrical anthropology approach

SYLVAIN LANDRY FAYE

Résumés

Français English

Cet article discute de l'exceptionnalité de l'épidémie Ebola telle que vécue en Guinée-Conakry et analyse les rationalités à l'œuvre dans les rumeurs et les attitudes à l'égard des activités et des équipes de la « Riposte », qualifiées de « réticences » par l'OMS. Il adopte une perspective d'anthropologie symétrique, qui consiste à questionner aussi bien le contexte socioculturel et historico-politique que les aspects techniques de ce dispositif de lutte sans concéder de privilège épistémologique à l'un des deux aspects. Si la Riposte a justifié l'imposition de normes de biosécurité par le caractère exceptionnel de l'épidémie d'Ebola, les populations, elles, ne la vivent pas toujours comme un événement « hors normes ». Leurs discours et leurs comportements à son égard sont nourris par une longue histoire socioculturelle et prennent corps dans une économie politique locale et nationale faite de méfiances et de clivages ethniques. Plus spécifiquement, les attitudes face aux enterrements dignes et sécurisés expriment une critique d'un dispositif technique centré sur la biosécurité, qui retire aux familles leurs droits et nie leur capacité de gestion sécuritaire de l'espace mortuaire. Finalement, les attitudes dites réticentes témoignent d'une réaction à une violence structurelle produite par la Riposte et correspondent à des formes de mobilisation pour revendiquer une meilleure reconnaissance du rôle des communautés dans la gestion de l'épidémie. Cet article souhaite prouver qu'une lecture critique et symétrique par l'anthropologie du dispositif de lutte n'est pas purement négative. Au contraire, elle fournit les moyens et les arguments d'une approche plus collaborative et plus respectueuse des droits et des devoirs des communautés,

en éclairant les enjeux sociopolitiques et contextuels de l'épidémie.

This article discusses the exceptionality of the Ebola outbreak as it was experienced in Guinea-Conakry. It analyses the rationalities at work in rumors and attitudes toward the activities and teams committed to the outbreak response, described as « resistances » by the World Health Organization. It adopts a symmetrical anthropology approach, which consists in questioning the sociocultural, political and historical context, as well as the technical aspects of the response measures without granting epistemological predominance to any aspect. If the response apparatus justified the imposition of biosecurity norms by the exceptional nature of the Ebola outbreak, local populations have not always experienced the epidemic as such an outstanding event. Local discourses and reactions toward the disease are fed by a long sociocultural history and embodied in a local and national political economy fraught with mistrust and ethnic divisions. More specifically, attitudes to safe and dignified burials express a criticism of a biosafety-oriented technical apparatus, which deprives families of their rights and denies their security management capacity in mortuary space. Ultimately, so-called reticent attitudes demonstrate a response to structural violence generated by the response apparatus and correspond to some forms of mobilization to demand greater recognition of communities' role in the management of the outbreak. This article wishes to prove that an anthropological approach to the response measures allows for a critical and symmetrical reading that does not have to be negative, but rather provides the means and arguments of a more collaborative and respectful approach to the rights and duties of communities, shedding light on the socio-political and contextual challenges of the outbreak.

Entrées d'index

Mots-clés : Ebola, Guinée-Conakry, exceptionnalité, réticences, anthropologie symétrique

Keywords : Ebola, Guinea-Conakry, exceptionality, reticences, symmetrical anthropology

Texte intégral

Contexte et questions de recherche

1 La République de Guinée-Conakry est confrontée à une épidémie de maladie à virus Ebola, officiellement déclarée en mars 2014, mais qui, selon certains observateurs, est en cours depuis décembre 2013. Si elle sévit en Afrique Centrale depuis 1976, elle connaît sa première manifestation en Afrique de l'Ouest, jugée « exceptionnelle ». Cette exceptionnalité tient, de l'avis des acteurs de la lutte, à son caractère hors norme : importants foyers dans les zones urbaines et les capitales, incidence et létalité fortes. Cette situation a justifié des pratiques inédites : une réponse internationale, un recours à des traitements non encore homologués, une imposition de normes de biosécurité, une militarisation de la « Riposte »¹. De la Guinée Forestière, Ebola s'est propagé à Conakry et a aussi atteint le Libéria et la Sierra Leone. Le déploiement des équipes de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), de Médecins Sans Frontières (MSF), de la Fédération Internationale de la Croix-Rouge (FICR) et les contributions des partenaires se sont progressivement intensifiés, permettant une accalmie et une maîtrise de certains foyers (Télimélé et Macenta). Toutefois, en août 2014, si Guéckedou a amélioré son contrôle de l'épidémie, ailleurs la situation a évolué défavorablement, avec la multiplication de nouveaux foyers en forêt (Nzérékoré, Beyla, Lola), en Basse-Côte (Forécariah, Coyah, etc.) et la reprise de ceux de Macenta et de Conakry. Cette dégradation progressive est concomitante de celle observée au Libéria et en Sierra Leone, facilitée par d'importants mouvements de populations.

2 Si un phénomène a frappé les chercheurs et travailleurs humanitaires en Guinée-Conakry, c'est l'intensité des comportements de défiance des populations à l'égard des activités de la « Riposte » (Almudena & Borchert, 2014). Ces attitudes, dont les formes ont évolué au cours du temps, ont été qualifiées de « réticences » par l'OMS, les

coordinations préfectorales de lutte et les équipes d'humanitaires. Cet euphémisme prudent a été utilisé pour la première fois en juillet 2014 en Guinée Forestière, pour désigner plusieurs types d'incidents ayant différents niveaux de gravité en termes de sécurité et d'impact sur le déroulement des activités de la Riposte : rejet des objets techniques de la Riposte (centres de traitement de l'Ebola – CTE -, utilisation du thermo flash pour mesurer la température du corps), entrave aux activités des humanitaires (investigations à domicile, suivi des contacts), manifestations de désaccord (refus de l'internement au CTE), destructions de biens matériels du dispositif (véhicules, installations des CTE), violences à l'encontre du personnel humanitaire, etc. En Guinée Forestière, des attaques de véhicules des équipes d'intervention ont été signalées, de même que des violences à l'endroit des ressortissants, des sages et des autorités préfectorales, qui ont tenté la médiation pour faciliter l'accès de certains villages. Ces actes ont d'ailleurs conduit à l'arrestation et l'emprisonnement de jeunes, considérés comme leurs principaux instigateurs (Faye, 2015). Au fil de l'évolution de l'épidémie, ces violences ont pris des formes physiques, avec la mort de plusieurs personnes appartenant à une délégation de Nzérékoré partie faire une tournée de sensibilisation sur Ebola à Womey². Aussi bien à Macenta, Nzérékoré (en Guinée Forestière) que dans les nouveaux foyers de Coyah, Forécariah (Basse-Côte), les pratiques d'enterrements dignes et sécurisés (EDS)³ et les distributions de vivres aux familles affectées ont aussi fait l'objet de défiance.

3 Pourtant, ces attitudes sont loin d'être une nouveauté. Elles avaient été déjà observées dans les différents foyers d'Ebola en Afrique Centrale. Clélia Gasquet (2011) rappelle les émeutes villageoises au Gabon et au Congo (2001-2002), qui avaient empêché un temps les équipes internationales de lutte contre la maladie d'accéder aux foyers. Elle rapporte aussi le massacre de quatre instituteurs de la ville de Kelle (2003). En raison de l'ampleur des difficultés des équipes avec les populations en Guinée, les humanitaires ont fait appel aux sciences sociales afin d'aider à résoudre ce problème. Si cette sollicitation ne date pas d'aujourd'hui (Fassin, 1999 ; Epelboin, 2009), elle revêt un caractère singulier en Afrique de l'Ouest : presque toutes les équipes du dispositif de la Riposte ont recruté des anthropologues dans leurs équipes. Mais, à y regarder de près, c'est moins l'anthropologie qui a été mise à contribution que l'idée que les humanitaires en ont : considérés comme des médiateurs sociaux, chargés d'aider à lever les « réticences », les anthropologues ont été impliqués dans la Commission « Mobilisation sociale et engagement des communautés »⁴. En pratique, la mobilisation de l'anthropologie a répondu à une attente de traduction et de médiation culturelle de la part des médecins (Schurmans & Charmillot, 2009), soucieux de convaincre les populations du bien-fondé de leurs protocoles et normes biosécuritaires, au nom de l'urgence sanitaire. Ainsi, cette discipline a-t-elle été réduite à une « épidémiologie sociale d'accompagnement » (Gruénais, 1995 ; Olivier de Sardan, 2008) et réifiée comme la science d'un autre culturellement différent. Par ailleurs, ses prérequis méthodologiques ont été jugés impossibles à mettre en œuvre dans un contexte d'urgence :

Vous n'êtes pas sans savoir que l'approche sociologique ou anthropologique prend beaucoup de temps et que là, on se trouve dans une situation d'urgence. Donc, on n'a pas le luxe de faire appel à un anthropologue et de le laisser plusieurs semaines sur un terrain pour qu'il comprenne les points de blocage avant de pouvoir agir. J'ai beaucoup de respect pour l'approche sociologique et anthropologique et je pense qu'elle peut nous apprendre beaucoup sur ces résistances ; mais, en situation d'urgence, on n'a pas tout à fait le temps d'y avoir recours (J.M., Chef de Mission MSF Guinée, [En ligne] <http://www.scidev.net/afrique-sub-saharienne/maladie/article-de-fond/q-r-echec-de-la-communication-face-l-pidemie-d-ebola.html>), page consultée le 10 novembre 2015).

4 Ce point de vue d'un humanitaire illustre ce que représente pour lui l'anthropologie

et la manière dont elle a été réappropriée par le dispositif de lutte. Ces constats ont poussé certains auteurs à s'interroger sur le caractère fructueux de son engagement dans l'humanitaire (Fassin, 1999, 2007 ; Hours, 2009). Pourtant, une anthropologie digne de ce nom est possible (Agier, 2004) et peut être utile pour la Riposte. Elle peut contribuer « à améliorer la connaissance des chaînes de transmission de la maladie ; à identifier les comportements des populations locales dans leur diversité et proposer des interventions appropriées ; à aider à humaniser les interventions, trouver un équilibre entre la mise en place autoritaire des mesures sanitaires et des approches empathiques » (Epelboin A. *et al.*, 2012). Toutefois, ce n'est pas en se limitant à son rôle imposé de « traducteur culturel » et de simple « auxiliaire » de la pratique médicale qu'elle pourra le faire. Si la Riposte impose des concepts, des objets de réflexion en rapport avec la gestion de l'urgence médicale, il y a des questions « enterrées » que l'anthropologie doit aussi documenter et analyser, pour une compréhension plus globale des attitudes communautaires de défiance. Elle peut aussi favoriser la critique en prenant le pari d'aller au-delà de la culturalisation de l'épidémie (Hours, 2009) et d'interroger aussi le dispositif comme objet d'étude.

5 Cet article s'inscrit dans une perspective symétrique qui considère que l'anthropologue doit se situer au point médian où il peut suivre tous les protagonistes sans concéder de privilège épistémologique ou ontologique à l'un d'entre eux (Latour, 1991). Cette idée a été reprise par Lavigne-Delville (2011) qui parle de la nécessité de regarder aussi bien du côté des développeurs que des développés pour comprendre et expliquer les phénomènes sociaux. Cette posture permet une mise en perspective plus profonde des rapports entre le social et le technique. Elle appréhende le caractère hybride des objets de connaissance (Prévôt, 1996) et invite à analyser la société et les événements dans leur relativité et leur construction historiques. Appliquée à la réflexion sur Ebola, l'approche symétrique suppose de sortir des seuls discours et vision culturalistes de l'épidémie et de considérer les attitudes et les pratiques des acteurs comme des « situations du quotidien » qui prennent corps dans une histoire à documenter. Pour mieux comprendre les dynamiques et attitudes relatives à l'épidémie en Guinée, nous proposons de prendre pour objet d'étude aussi bien les aspects socioculturels (du côté des populations) que les caractéristiques techniques et institutionnelles du dispositif de lutte. L'approche symétrique permet de déconstruire les concepts d'« exceptionnalité » ou de « réticences », et de s'intéresser à ce qu'ils cachent. Nous analysons ce que les attitudes expriment dans la vraie vie et de quelle manière elles sont aussi des productions du dispositif de la Riposte. Il s'agit aussi de documenter les histoires sociales vécues avant la survenue de l'épidémie, les discours et comportements populaires en période d'Ebola, en les analysant comme des expériences qui prennent corps dans un contexte sociopolitique particulier.

6 Plus spécifiquement, nous examinons les attitudes communautaires face aux enterrements dignes et sécurisés (EDS) définis par l'OMS, la FICR et les organisations confessionnelles comme règles « exceptionnelles » de biosécurité. Officiellement, les EDS sont une pratique d'enterrement des « décès communautaires »⁵ par les équipes de la Croix-Rouge, censée permettre de prévenir toute contamination, tout en aidant les familles à entamer le deuil de leur membre disparu. C'est une procédure basée sur le principe de précaution (tous les morts durant Ebola sont *a priori* suspects) qui consiste dans l'adoption de gestes et d'actes permettant de gérer le risque de transmission. Ces pratiques doivent aussi aider à maintenir (sans prendre de risque) les rites sacrés auxquels tiennent les populations (par exemple ablutions sèches, enveloppement du corps dans un linceul et prière pour le défunt, etc.). Les EDS sont basés aussi, en principe, sur la nécessité de faire participer les populations au processus de décision, de planification et de préparation de l'enterrement.

7 Pourtant, dans la pratique, l'application de ces mesures censées respecter la dignité humaine a suscité des réactions négatives de la part des populations. Afin de comprendre ces attitudes, nous proposons d'en rechercher les mobiles aussi bien du

côté de la société que du côté du dispositif technique : analyser les configurations des EDS de même que les pratiques des volontaires de la Croix-Rouge et ce qu'elles produisent comme imaginaires.

8 Par ailleurs, une autre question négligée est celle des dynamiques socio-familiales. La « réticence » des communautés face aux activités de lutte contre Ebola a été largement médiatisée depuis le début. Pourtant, les attitudes de rejet socio-familial des malades, au sein même des communautés, de même que les pratiques de distinction, ont été occultées. Elles n'ont pas beaucoup préoccupé le dispositif de la Riposte, dans la mesure où elles servaient à leur façon la gestion du risque épidémiologique (dénoncer, surveiller, isoler pour protéger la communauté). Or, s'intéresser à ces attitudes au sein des villages est aussi un moyen de contribuer à comprendre la réponse communautaire à l'épidémie dont l'impact social n'est plus à démontrer. On peut se poser des questions relatives aux effets des « frontières sociales » à l'intérieur des communautés, alors que l'unité villageoise a été postulée comme le meilleur moyen pour rompre la chaîne de transmission (cf. l'appel de la Présidente E.S. Johnson au Libéria). Cet article analyse les transformations sociales induites par l'épidémie dans les villages comme des événements ayant indirectement contribué aux phénomènes de défiance.

9 Les données présentées ici résultent d'un travail d'accompagnement de l'équipe de la Riposte à Ebola en Guinée Forestière (dans les préfectures de Guéckedou, Macenta, Nzérékoré) et à Conakry, réalisé en qualité d'anthropologue consultant de l'OMS (juin à septembre 2014). Il consistait à documenter les perceptions, attitudes et pratiques socio-culturelles relatives à Ebola, de même que les facteurs pouvant restreindre ou faciliter les activités du dispositif de la Riposte. Il fallait aussi accompagner les équipes médicales afin de faciliter leur interaction avec les populations, faire de la médiation sociale pour lever les réticences dans les villages. A partir des investigations ethnographiques, le mandat consistait aussi à aider les spécialistes de la communication à adapter leurs stratégies, approches et messages aux réalités socioculturelles des zones considérées.

10 Les données ont aussi été tirées des résultats d'un programme de recherche JIKI (2014-2016), portant sur l'essai clinique de l'efficacité du *favipiravir* pour réduire la mortalité liée à Ebola⁶. La composante anthropologique du projet avait pour objectif de contribuer à l'adaptation de la stratégie de l'essai et à son acceptabilité sociale par le biais d'une analyse des contextes socioculturels et des histoires sociales face à l'épidémie et la Riposte. Menées en Basse-Côte (Coyah, Forécariah), en Guinée Forestière (Guéckedou, Macenta, Nzérékoré) et dans la capitale Conakry, les enquêtes ont rendu compte des expériences et des relations de différents acteurs avec la maladie et avec le dispositif de la Riposte. Celles-ci sont resituées dans les histoires de vie avant l'épidémie, qui donnent du sens aux discours, aux attitudes et aux pratiques. Un autre axe a consisté à documenter les formes de mobilisations sociales, de prévention de la maladie, de protestation ou d'accompagnement du dispositif.

Le contexte sociopolitique dans lequel prend corps Ebola en Guinée

11 Les discours et des débats autour de l'événement Ebola en Guinée-Conakry ont fait état de « rumeurs ». Ces productions discursives se sont avérées intimement liées à l'histoire du pays et aux expériences quotidiennes des Guinéens dans le passé, avant l'épidémie.

Rumeurs sur l'origine de la maladie

12 En Guinée, Ebola a été perçu par les populations comme l'expression d'un mauvais sort « fossi ». En effet, dans un contexte où ces dernières étaient peu préparées à la survenue de l'épidémie, les premiers cas de morts successives dans une même famille ont été interprétés comme le signe d'une punition ou d'une malédiction. Par exemple, les décès à Coyah ont été associés à une histoire de vol d'huile de palme, et ceux de Forécariah (Conakry), à un vol d'argent et à un adultère. Les sanctions consécutives opèrent à un sort que la ou les victimes jettent à la personne incriminée ainsi qu'aux personnes en contact avec le bien usurpé. A Kaporo (Conakry), l'enchaînement de plusieurs décès dans la même famille a été expliqué comme une résultante du détournement d'argent appartenant à un grand armateur de pêche. Ce dernier aurait fait jeter un sort sur le voleur et son entourage. Selon les rumeurs, c'est sa femme qui était coupable et avait utilisé une partie de l'argent pour faire le marché et préparer le repas. Ainsi, tous ceux qui avaient consommé de ce plat ont été victimes de la malédiction (y compris l'armateur lui-même). A Ratoma Centre, la contamination d'un infirmier stagiaire a été expliquée par son entourage comme le résultat d'une punition suite à une inconduite sociale : il aurait « engrossé une fille » dans son village d'origine, puis une seconde à qui il aurait promis le mariage sans le respecter, ayant engagé par la suite des démarches pour en épouser une troisième. Le fait qu'il ait « fui » pour retourner dans son village d'origine s'interprétait en rapport avec l'étiologie perçue de l'événement malheureux « fossi ». D'ailleurs, les premières personnes considérées comme cas suspects ont souvent cherché à retourner dans leur village d'origine, ce qui a été hâtivement considéré par les acteurs du dispositif de la Riposte comme une dérobade. En fait, les victimes cherchaient à aller se soigner pour une maladie interprétée comme « fossi ».

13 Ces exemples enseignent qu'Ebola est interprété par les communautés en tenant compte de l'univers de sens qui fait partie de leur quotidien. On comprend bien que ce qui a pu être désigné comme « déni » de la maladie et « réticence » exprime en fait leur interprétation du mal au quotidien. En réalité, les populations rationalisent ce qui leur arrive en fonction de ce qu'elles savent. De plus, durant les premiers mois de l'épidémie, les activités de communication ont été maladroites, amplifiant du coup la circulation de nouvelles formes de rumeurs.

Rumeurs autour des CTE exprimant une critique du dispositif

14 Un autre objet des rumeurs émanant des familles en général a concerné les centres de traitement Ebola (CTE), surtout dans les premiers moments de l'épidémie. Les CTE sont des lieux de prise en charge destinés à accueillir les personnes suspectées d'être porteuses du virus (pendant le temps de l'investigation épidémiologique) ou effectivement infectées par le virus. Ils se sont inscrits dès le début dans un processus d'isolement des cas suspects et des malades, visant à protéger le voisinage et à rompre la chaîne de transmission⁷. Si Ebola est considéré comme une maladie sans remède, il existe toutefois une prise en charge consistant à donner aux malades des soins intensifs de soutien qui traitent les symptômes et les infections secondaires. Ce dispositif technique dont MSF a été l'un des grands promoteurs, a suscité de nombreuses attitudes jugées réticentes par le dispositif de la Riposte. En effet, le CTE a été perçu par les habitants comme un lieu de contamination, un mouiroir et un lieu de supplices, où on vend les corps ou certains organes :

Si tu vas à Donka, dès que tu passes à côté, tu peux être contaminé parce que la maladie est par là. Le centre qui est là-bas diffuse la maladie. J'ai aussi remarqué qu'à chaque fois que tu passes, tu as la fumée, parce qu'on brûle les corps des personnes qui ont été amenées là-bas. A Conakry, les gens disent dans les marchés que dès que tu rentres dans ces centres, tu ne sors pas vivant. Moi

j'y crois car dans mon quartier à Ratoma, toutes les personnes que les véhicules des blancs sont venus chercher ne sont pas revenues vivantes. On a aussi dit qu'à leur mort, les têtes seraient coupées, leurs organes volés, leur sang tiré pour être vendu ou envoyé en Occident et le reste du corps brûlé. On est tenté de croire à ça parce qu'on ne sait pas ce qui se passe dedans. Tu vois comment tout est fermé là-bas (Femme, Ratoma, Conakry).

- 15 Lorsque l'on analyse de près ces rumeurs, on comprend que les populations critiquent l'absence d'ouverture de cet espace et la faiblesse de la communication sur « ce qui se passe à l'intérieur ». Plutôt que l'expression de croyances culturelles, ces rumeurs reflètent (au moins en partie) une réaction à un dispositif de réclusion, avec une approche trop purement technique. Les discussions avec des membres de l'équipe MSF à Conakry et Guéckedou (juin-juillet 2014) ont permis de constater que ces derniers jugeaient inutile d'expliquer aux communautés l'organisation du traitement à l'intérieur des CTE, sous prétexte que c'était trop technique. Or, cette attitude renvoie à une absence de reconnaissance de l'expertise des populations et de leur capacité à comprendre ce qui se passe. Elle leur enlève le droit à l'information alors que ce sont leurs parents qui sont concernés. Sur recommandation des anthropologues, MSF a décidé de changer de stratégie de communication et de faire un film sur la vie et l'organisation à l'intérieur du CTE, en insistant sur les dimensions simultanées de prise en charge médicale et de soin à la personne, suivant la distinction *cure* et *care* (Saillant & Gagnon, 1999). Par ailleurs, des espaces ont été aménagés pour recevoir les accompagnants des malades. Cette approche satisfaisant davantage au besoin de transparence et d'écoute, a permis d'identifier des éléments pouvant orienter les stratégies d'action et amélioré les attitudes populaires vis-à-vis de ce dispositif.

Théorie de la conspiration dans le contexte historique et politique d'une longue crise de confiance

- 16 Les rumeurs à l'égard du CTE peuvent aussi être entendues comme l'expression d'un manque de confiance qui prend corps dans un contexte socio-historique singulier. En Guinée-Conakry, l'importance des cas de décès n'a pas au début de l'épidémie suffi pour convaincre les populations. Au contraire, les chiffres relatés dans la presse ont été jugés comme étant « fabriqués » par l'État, avec la complicité des partenaires. Ce discours était renforcé par les opposants au parti au pouvoir, pour qui Ebola était un mensonge politique du Président Alpha Condé afin de détourner l'attention publique, dans un contexte de contestation sociale :

Ebola est venu au secours du pouvoir, car le front social a pris du recul pour faire face à un ennemi dit commun. Depuis l'annonce de la fièvre hémorragique en mars 2014, les manifestations récurrentes contre les coupures d'électricité et d'eau, souvent meurtrières, ont cessé et presque toutes les grèves, à l'exception de celle des transporteurs, ont été suspendues (Extrait d'un article *Jeune Afrique* : Entretien avec un député (anonymat) ; Avril 2014 « Guinée : Ebola fait « oublier » les autres maladies et les tensions sociales »).

- 17 Les discours autour d'Ebola réaffirment des clivages politiques, qui sont sous-tendus par des distinctions ethniques datant de longtemps. Cette politisation de l'épidémie a entretenu le débat national pendant un certain temps, conduisant à des accusations mutuelles entre le parti au pouvoir et l'opposition. Pour les partisans du pouvoir, les difficultés rencontrées par la Riposte ont été liées à leur politisation par les opposants. Les violences à Womey ont été expliquées par le premier ministre guinéen en allant dans ce sens :

Il s'agit d'une réaction hostile des habitants de la localité qui, à l'instar de

certaines populations, continuent à être intoxiquées par des informations diffusées par les adversaires du pouvoir, tendant à faire croire soit que cette maladie n'existe pas, soit qu'elle a été créée pour les éliminer (Communiqué de presse, 18 septembre 2014).

18 En raison du caractère exceptionnel de la situation due à Ebola, le camp présidentiel a annoncé que les logiques partisans devaient être tuées et que les Guinéens devaient travailler ensemble à la lutte contre la maladie. À cette demande, les opposants politiques ont réagi, en considérant que le parti au pouvoir cherchait à profiter de la situation pour créer un ciment national qui lui avait toujours fait défaut. Le parti a aussi été suspecté d'instrumentaliser le discours de la citoyenneté nationale pour cacher sa stratégie de prédation et continuer à bénéficier de l'*Ebola Business*, c'est-à-dire de l'argent donné par les « développeurs »⁸. En outre, il a été soupçonné de vouloir maintenir Ebola afin de continuer à profiter de moyens financiers utiles pour la campagne électorale. Par ailleurs, les propos du Premier Ministre suite à l'événement de Womey témoignaient, de l'avis des opposants politiques, d'un empressement suspect, d'un manque de respect, et d'un mépris des populations de la Forêt, renouvelant ainsi une théorie de la conspiration contre les Forestiers :

Le gouvernement fait comme si cette tragédie était l'œuvre de sauvages assoiffés de sang ou que la délégation ait été prise sous une embuscade montée de toutes pièces par tout le village de Womey à l'insu des autorités... Nos autorités ont choisi de mépriser nos concitoyens de la Forêt, une situation qui continue de dégrader l'image de notre pays au lieu de dire simplement la vérité sans couvrir qui que ce soit (Interview O.D., député UFDG Guinée News, 21 septembre 2014).

19 Il convient aussi de souligner que le gouvernement, qui a demandé à l'ensemble des autorités politiques locales de s'impliquer dans les activités de lutte, a été accusé par l'opposition de faire une pré-campagne électorale déguisée et de se servir des activités de sensibilisation sur Ebola pour mener une propagande politique en sa faveur (*Mamaya politique*). Ces différentes analyses relancent l'idée d'Ebola comme un objet politique, une maladie de pouvoir (Farmer, 2003), parce qu'inscrite dans des rapports de forces et de pouvoir inégaux (Fassin, 1999). Cette façon de penser l'épidémie, de produire des discours et des catégories en fonction des confrontations et du jeu politique confirme aussi l'idée que les grandes épidémies constituent de redoutables mises à l'épreuve du politique (Fassin, 1996).

20 Par ailleurs, si Ebola est présenté par le dispositif de lutte comme un événement exceptionnel (hors norme), il ne l'est pas aux yeux du commun des populations guinéennes qui en font une maladie post ou néocoloniale : les étrangers « blancs » sont jugés responsables des malheurs dans les anciennes colonies (Epelboin et al., 2012). Comme le souligne Niang (2014), les populations – qui ont encore en tête les injustices des périodes coloniale et postcoloniale – ne font pas confiance aux Occidentaux venus les aider. L'indexation de l'étranger en situation d'épidémie n'est pas nouvelle et a amplement été documentée dans le cadre du VIH/sida en Afrique du Sud (Fay, 1999 ; Fassin, 2006).

21 Ebola s'inscrit dans une économie morale du ressentiment et aussi du soupçon, qui justifie les attitudes de défiance à l'endroit des équipes d'humanitaires. Toutefois, le soupçon concerne aussi les autorités politiques locales guinéennes impliquées dans la Riposte, qui ont été attaquées verbalement et physiquement. Il porte ici moins sur les thérapies proposées (comme dans le cas du VIH) que sur les personnalités locales accusées d'avoir été payées par les Blancs pour introduire la maladie dans les villages. Ce discours prospère dans un contexte historique de critique des élites politiques, suspectées de corruption. Dans ces conditions, l'approche consistant à les rendre visibles dans la conduite des activités de la Riposte, afin de développer la confiance et améliorer l'acceptabilité communautaire (Larson, 2014), a été contre-productive en

Guinée (exemple de Womey). La défiance des populations à l'égard des élites a été portée par les cadets sociaux (jeunes et femmes), revendiquant des espaces de pouvoir et de légitimité dans la conduite des affaires locales. Ces cadets procèdent aussi à une critique du monde du développement, qui exploite des opportunités sans que les populations locales n'en tirent suffisamment de bénéfices (Farmer, 2003). L'expérience d'Ebola vient ainsi s'inscrire dans les confrontations classiques entre l'État local (préfets, sous-préfets, chefs de district), le pouvoir local (différentes légitimités au niveau communautaire) et les intervenants extérieurs.

22 En Guinée, la dénonciation n'est pas le seul fait des populations à l'égard des « Blancs » et des autorités politiques locales. Les autorités guinéennes ont à leur tour dénoncé (en juillet et août 2014) les voisins « sierra-léonais et libériens ». Ces derniers auraient remis en cause les supposées bonnes performances de la Guinée en matière de gestion de l'épidémie. En effet, après avoir été dans le déni de la maladie, les autorités nationales se sont résolues à faire face, tout en défendant l'idée que les causes de l'épidémie seraient à chercher à l'extérieur du pays (dans les mouvements de populations venant de la Sierra Leone et du Libéria). C'est ainsi que des mesures de restriction des déplacements et de renforcement des contrôles aux frontières communes avec ces pays ont été prises en août 2014. A travers Ebola, se jouent aussi la légitimité de l'État guinéen et sa crédibilité comme acteur capable de protéger ses gouvernés. Dans un contexte pré-électoral, l'État essaie de renforcer sa capacité à obtenir la confiance et le suffrage des Guinéens⁹.

Ebola : réaffirmation des frontières ethniques et sociales de la Guinée

23 De nombreuses interrogations ont porté sur des rumeurs en Basse-Côte, survenues presque un an après que l'épidémie a débuté en Guinée-Conakry. Le dispositif de la Riposte s'est préoccupé de gérer les zones affectées en oubliant la prévention dans celles non encore atteintes. Cette impréparation s'explique par le fait que, pour les Guinéens, la maladie avait son lit naturel dans la forêt et que son expansion vers les autres régions ne pouvait qu'être le fruit d'une importation. Ce point de vue a été facilité par les messages de communication insistant au début sur la transmission de la maladie par la consommation de la viande de brousse. En juillet et août 2014, la persistance d'Ebola en Guinée Forestière, alors que les foyers dans d'autres zones comme Télimélé (à majorité peule) ont été éteints, a contribué à renforcer ces discours fondés sur une distinction ethnique (Pollack, 1992). Celle-ci préexistait à l'épidémie en Guinée, mais cette dernière est venue confirmer son bien-fondé.

24 En Guinée Forestière, Ebola a été considéré par les ethnies autochtones (*Guerzé/Kpélé, Toma, Kono, Mano, Kissi*) comme le fruit d'une négligence politique et d'une cabale contre elles, comme si l'histoire était en train de se réécrire. Depuis des années, les clivages ethniques en Guinée ont renforcé la méfiance et rendu prospère la théorie de la conspiration : d'un côté, les Peuls (possédant en grande partie le pouvoir économique) s'estiment victimes d'importantes discriminations de la part des autres groupes ethniques (Soussou, Malinké, Forestiers). De l'autre, il y a eu en Guinée forestière des tensions entre les Malinkés (ethnie des Présidents Condé et Sékou Touré) qui se voient comme des citoyens de statut supérieur et les Forestiers qu'ils considèrent comme des citoyens de seconde zone. De violents affrontements ont eu lieu entre les Tomas et les Malinké en 2000, dans la préfecture de Macenta et entre les Kpélé et les Malinkés en 1991, à Nzérékoré. Du temps de la révolution, Sékou Touré aurait déclaré que la terre appartiendrait à ceux qui la mettaient en valeur. Les autochtones avaient bien auparavant prêté des terres aux Malinkés qui les ont mises en valeur. Par suite de cette déclaration, ces derniers sont devenus de fait propriétaires. Cette question foncière a cristallisé les oppositions entre les deux groupes ethniques. Ces éléments

sont convoqués pour lire la survenue d’Ebola en Forêt comme une revanche historique des *Malinkés* qui auraient importé la maladie en Forêt. Plus spécifiquement, la maladie aurait été envoyée par le Président Condé (lui aussi malinké) pour réaliser le sacrifice de mille personnes, afin d’obtenir sa réélection. Il a aussi été accusé de n’avoir pas suffisamment protégé les Forestiers. Le fait que la région de Kankan (zone d’origine du président Condé) ait été peu touchée aurait contribué à renforcer l’idée d’une fabrication d’origine ethnique, qui prolonge des rancœurs historiques. Ces rationalisations ethniques de l’épidémie ont été relayées par les opposants politiques locaux. Jean-Marie Doré, président de l’Union pour le Progrès de Guinée (UPG), s’est interrogé sur le fait que sa région soit devenue l’épicentre de la maladie, alors que la consommation de viande de chimpanzés n’était pas spécifique à cette zone. Ce paradoxe l’a poussé à considérer qu’il s’agissait d’une manipulation visant l’ethnie *Kissi*, comme cela s’est passé autrefois. Ebola est aussi devenu une occasion pour cet homme politique de demander aux Forestiers de se mobiliser en faveur d’un vote ethnique¹⁰. Ainsi se produit une politisation de l’épidémie, afin de convaincre les communautés de la nécessité d’un rassemblement des ethnies pour leur défense et la prise en charge de leurs préoccupations.

25 Ces analyses montrent que les discours et attitudes considérés comme témoignant de « réticences » à l’égard de la Riposte, puisent leurs sources dans le quotidien des Guinéens, dans un contexte social et politique de méfiance. Il est courant de dire dans ce pays que les Guinéens ne se font pas confiance. Cette situation est l’héritage d’une confrontation ethnique qui dure depuis plusieurs décennies, pendant lesquelles des régimes autoritaires caractérisés par la violence, la répression et la corruption, se sont succédé. Les fonctionnaires sont tenus pour des prédateurs qui opèrent dans un environnement où l’État de droit fait défaut. Par exemple, la population guinéenne considère qu’elle ne bénéficie pas suffisamment des ressources naturelles importantes du pays comme la bauxite. Elle accuse les agents de l’État et les pouvoirs politiques d’avoir facilité, par le biais des allègements fiscaux concédés à de grandes sociétés étrangères, l’accaparement des terres. L’expropriation de la paysannerie locale a permis à ces agents de recevoir des commissions qui les ont enrichis.

26 Finalement, Ebola n’est pas vécue par les Guinéens comme une situation d’exception, alors que tout le discours de la Riposte et des autorités politiques en a fait un événement extraordinaire, justifiant des attitudes inédites de déni de droits. Les discours et pratiques des populations sont la preuve que les crises socio-politiques peuvent avoir des incidences majeures (Richards, 2006) sur la gestion des épidémies. Ces crises s’inscrivent dans des enjeux locaux, des relations de pouvoir à analyser dans le cadre d’une économie politique locale, nationale et transnationale (Fassin, 1996, 2006 ; Farmer, 2003).

Le dispositif des enterrements dignes et sécurisés (EDS) est-il réellement humanisant aux yeux des populations ?

27 Depuis l’apparition d’Ebola, les agents de la Croix-Rouge sont devenus les seuls autorisés à enterrer les corps des personnes mortes d’Ebola et dont le décès a été confirmé par la PCR et/ou l’ « investigation épidémiologique »¹¹ – une mesure exceptionnelle pour protéger les populations du risque élevé de contamination. Cependant, l’acceptation de cette décision a été problématique dans différents villages, conduisant à des attitudes de violence verbale et physique : les équipes de la Croix-

Rouge ont régulièrement été prises à partie par des populations (vitres brisées, véhicules incendiés, volontaires pris en otage, etc.). Ces violences répondaient aux procédures d'enterrement adoptées par les volontaires qui, aux yeux des villageois, ne respectaient pas les traditions et la dignité humaine – points de vue largement relayés par des anthropologues qui ont remis à jour une lecture culturaliste des enterrements et de la gestion de la mort en Afrique (Niang, 2014). La défiance naissait aussi de la rumeur selon laquelle les véhicules contribuaient à disséminer la maladie sur leur passage, avec leurs antennes et leurs pratiques de pulvérisation : en effet, lorsque le corps d'une personne décédée se révélait positif au test Ebola, la Croix-Rouge intervenait pour désinfecter la maison et ses environs. Tout cas de maladie faisant suite à la désinfection était considéré comme provoqué par elle, ce qui suscitait une réaction violente.

28 Ces difficultés ont conduit les humanitaires à changer les pratiques en adoptant, en octobre 2014, les EDS. Ce concept concernait les enterrements de toutes les personnes décédées en dehors des CTE et réalisés par les volontaires de la Croix-Rouge pour éviter les risques de contamination, tout en respectant les familles et les croyances locales. Leur introduction en Guinée a été accompagnée par un décret présidentiel qui obligeait les citoyens à se soumettre à la loi, au nom de la cause nationale.

29 Toutefois, les modes de mise en pratique de ces EDS étaient surtout axés sur les normes biosécuritaires, l'objectif étant avant tout de protéger les vivants en enterrant les morts de manière sécurisée : éviter tout contact physique avec le corps et ses fluides en utilisant les « Équipements de Prévention et de Protection » (PPE, bottes en plastique, bavettes, combinaisons, gants cliniques et de ménage, lunettes de protection, blouses et tablier) ; traiter les corps et les espaces mortuaires avec une solution de chlore pour réduire la contamination ; empêcher l'écoulement des fluides corporels au moyen du sac mortuaire dans lequel est placé et inhumé le défunt. Le souci de dignité et d'humanité a été dévolu à la Croix-Rouge à travers certaines mesures se rapportant aux équipements, à la place accordée aux familles, à la communication : couleur des sacs mortuaires passée de noire à blanche (le *Foresac* ou sac noir étant considéré comme signe de malheur), introduction de linceuls. Par ailleurs, quelques membres des familles en deuil ont été invités à assister à la préparation des solutions chlorées sur place, au traitement des corps, mais uniquement en tant qu'observateurs/témoins. Enfin, la désignation des volontaires pour les enterrements a tenu compte du sexe et de la religion des défunts.

30 Pourtant, la reconnaissance par les acteurs du dispositif de la Riposte de toutes ces règles d'humanisation n'a pas réussi à réduire les critiques et la défiance populaire à l'égard des équipes EDS. En réalité, au-delà de la déclinaison théorique des normes, ce sont plutôt les attitudes et les pratiques des acteurs chargés des enterrements qui n'étaient pas jugées empathiques et ne respectaient pas les normes sociales vis-à-vis de la mort et la douleur des familles :

Pour moi, quand je suis rentrée avec eux, dans mon esprit je me disais qu'ils allaient au moins ôter les habits que la grand-mère portait, au moins apporter un seau d'eau pour lui faire le bain funèbre, parce qu'ils étaient tous dans des combinaisons et rien ne pouvait les empêcher de le faire. Quand quelqu'un décède chez nous, la personne peut uriner, faire des selles, et du coup elle est sale. Si on la laisse dans cet état là pour l'enterrer, ce n'est vraiment pas une chose agréable. Puisqu'ils nous disent qu'on ne peut plus le faire les toilettes, alors ils devraient au moins le faire à notre place pour nous apaiser un peu et respecter le mort (Jeune fille, famille victime d'Ebola, Forécariah).

31 Les pratiques des équipes de prise en charge, en raison de leur focalisation sur les protocoles épidémiologiques et leur oubli des dimensions humaines et sociales, ont déjà été critiquées par les sciences humaines et sociales, insistant sur la prise en compte du contexte, et l'écoute des normes et des traditions locales (Niang, 2014 ; Epelboin et al., 2012, Almudena et Borchert, 2014).

32 De leur côté, les équipes avaient pensé leur organisation du dispositif et ses technologies dans un esprit de fuite et de peur. En raison des expériences douloureuses des volontaires, la Croix-Rouge a préconisé que ses véhicules soient toujours en position de départ, afin de pouvoir échapper aux violences physiques et que les membres des équipes portent des habits qui facilitent leurs déplacements (en prévision des violences sur le terrain). Les tabliers de protection utilisés lors des enterrements ont été rendus détachables, afin de pouvoir échapper aux mains d'éventuels ravisseurs. Si ces différentes recommandations peuvent avoir leur utilité, elles ne paraissent guère propices à des interactions positives et apaisées avec les populations, pour réaliser des enterrements dignes. Par exemple, chaque fois que ces dernières expriment leur mécontentement ou veulent des réponses à certaines interrogations, les volontaires l'interprètent comme un signe de réticences, justifiant leur fuite. Ils oublient ainsi les communautés trouvées sur place, avec leurs souffrances. En raison de leur peur de contracter le virus, le port des équipements de protection ne s'est pas toujours accompagné des attitudes sensibles et favorables au respect des attentes des populations, comme l'illustre l'extrait d'entretien précédent.

33 Autre difficulté, les pratiques d'humanisation par la Croix-Rouge n'impliquent pas vraiment les familles dans la mise en œuvre de l'enterrement, familles supposées témoins de son caractère digne. Les communautés souhaitent s'occuper elles-mêmes de « leurs » morts, afin de les accompagner dans le voyage vers l'au-delà. Se rencontrent ainsi dans la gestion de l'espace mortuaire deux logiques contradictoires : celle de la Riposte, qui met en avant le risque épidémique afin de justifier la mise à l'écart des familles, et celle des communautés qui souhaitent gérer le risque social et accompagner « leurs » défunts. Par exemple, à Coyah et à Forécariah (en Basse-Côte), les personnes âgées et les imams ont été considérés comme des acteurs importants à responsabiliser dans la gestion des enterrements en raison de leur compétence sociale (maîtrise des rites, connaissances religieuses, etc.). Face au risque de contamination, les populations ont proposé de les habiller avec les PPE lors de la mise en œuvre des EDS. Mais la Croix-Rouge a souhaité plutôt s'appuyer sur ses volontaires, jugés plus aptes pour porter les corps et les *sprayers* de désinfection, pour supporter la chaleur et l'étroitesse des combinaisons. Pourtant, l'expérience a montré par la suite que les femmes âgées pouvaient supporter les PPE. Cet exemple illustre à quel point le dispositif des EDS, autoritaire, peu collaboratif, fait fi des normes locales. En niant la capacité des populations d'enterrer elles-mêmes leurs défunts de manière sécurisée, il ne reconnaît pas les communautés comme détentrices de savoirs et d'expertise. Comme le souligne Niang (2014 :105), « le corps du mort échappe au contrôle de la famille et de la communauté pour être saisi par le pouvoir médical, lequel incarne la violence de l'État postcolonial ». Les EDS, au final, au nom de la biosécurité, en retirant à la communauté sa compétence, infligent un affront à sa dignité. Les attitudes des populations sont autant de réactions à une violence structurelle (Farmer, 2003) et reflètent leur revendication d'une place dans la gestion de l'espace mortuaire. Les attitudes de contestation ne sont pas simple réticence mais expriment une critique de l'oubli des communautés et une volonté de reconnaissance (Honneth, 2004).

34 Cette analyse a d'ailleurs été conduite, sous l'impulsion des anthropologues, au sein de la Croix-Rouge qui a expérimenté, à partir de juin 2015, un projet pilote de transfert de compétences des EDS aux communautés de Moussayah (Forécariah). Il consiste à former les membres des communautés aux règles de biosécurité pour, à terme, leur transférer la responsabilité d'inhumer les morts. Sa mise en œuvre consacre l'idée que les EDS, tels que pratiqués jusque-là, ont peu impliqué et écouté les communautés. Il s'agit d'une entreprise de rétrocession d'un savoir-faire et d'une « réelle » humanisation des EDS, répondant aux besoins exprimés par les communautés :

ils n'ont qu'à venir nous former, on va s'occuper nous-mêmes de nos morts et qu'ils aillent s'occuper de ceux de leur famille (Imam, Forécariah).

Quand les transformations socio-familiales induites par l'épidémie amplifient la circulation des malades et des cas suspects

35 Si l'épidémie a suscité des attitudes de repli autarcique, considérées comme de la réticence, les personnes suspectées d'être porteuses d'Ebola ont aussi provoqué des comportements de rejet dans les familles et la société, peu propices à la surveillance communautaire et qui n'ont pas été suffisamment pris en compte par le dispositif.

36 Durant les mois de juin et juillet 2014, les équipes d'intervention se sont heurtées à l'autarcie des villages (en particulier en Guinée Forestière). Ces derniers se sont quelquefois refermés sur eux-mêmes, faisant corps avec les malades et refusant tout contact avec les humanitaires, alors que les rumeurs autour des CTE et la théorie de la conspiration allaient bon train. En se conduisant ainsi, les villageois pensaient se protéger du virus. Cette situation n'était pas de nature à rompre la chaîne de transmission de la maladie. La réponse de l'État guinéen par la militarisation (envoi des forces de l'ordre pour chercher malades et suspects, pour lever les barricades dans certains villages) a eu pour effet pervers d'augmenter encore les dissimulations et d'amplifier les déplacements clandestins de malades et de suspects. En Guinée, MSF a refusé d'admettre dans ses CTE des patients amenés par la force par les militaires, par peur de représailles des communautés (octobre-novembre 2014). Pourtant, la même ONG avait antérieurement apprécié l'intervention de l'armée, en particulier en août 2014, lorsque les attaques se sont multipliées contre ses installations. Ces réactions contradictoires illustrent, au sein d'une même institution, l'écart entre les promoteurs du dispositif et les problèmes de coordination vécus sur le terrain.

37 Les équipes d'intervention n'ont guère prêté attention aux dynamiques socio-familiales suscitées par l'épidémie au sein des villages, également contre-productives. Surprises par l'ampleur de la progression de l'épidémie, des familles ont isolé leurs parents suspects d'être atteints, disqualifiés socialement, rendant les relations sociales avec ces derniers « illégitimes » par endroits, en particulier en Guinée Forestière (août 2014) :

Un homme suspecté d'être malade en provenance de Zénié (Fassankoni), venu rendre visite à son frère à Nzébéla, a été chassé par ce dernier qui a alerté l'équipe médicale de la direction préfectorale de la santé (DPS) de Macenta. Il a rendu l'âme dans la rue, à côté d'un village voisin. Ce décès a amplifié la psychose, poussant quelques familles à déménager, afin d'échapper à l'infection.

A Vassérédou (Kassiadou), un suspect a été enfermé par les membres de sa famille dans une chambre où se trouvaient deux personnes décédées avec suspicion d'Ebola. De plus, la notification de cas de malades dans les villages a conduit à l'isolement et l'évitement des familles concernées, le déplacement des voisins immédiats ou le changement de lieu de résidence des autres familles.

Une femme décédée à Bowa (commune urbaine de Macenta) et soupçonnée d'avoir contracté Ebola, a été transférée dans le village d'origine de son mari (Bofossou). Par mesure de précaution, les villageois ont refusé d'y admettre le corps. Il a été ensuite transféré dans son propre village d'origine Zarabaga, où son enterrement a aussi été refusé (notes de terrain Macenta et Nzérékoré, août 2014).

38 Ces attitudes de dénonciation des personnes potentiellement atteintes ou des malades ont été encouragées par le dispositif de la Riposte comme un modèle de surveillance communautaire, parce qu'elles allaient dans le sens de ses logiques de base

(surveiller, contrôler, dénoncer, etc.). Pourtant, les rejets sociaux et familiaux, l'isolement et la stigmatisation sociale aboutissaient à amplifier les mouvements de populations, ce qui n'était pas de nature à faciliter la rupture de la chaîne de transmission en Guinée Forestière.

39 Soulignons au passage que les populations libériennes et guinéennes établies aux frontières de ces deux pays ont des relations de parenté, qui justifient les mouvements de malades. Par ailleurs, la zone de Fassankoni, où beaucoup de décès sont survenus, est réputée être un bastion de tradithérapeutes « généralistes » dont certains ont reçu et traité beaucoup de victimes d'Ebola. Conakry a aussi été une destination de choix des suspects : par exemple, un minibus en provenance de Macenta, transportant 18 personnes se rendant à Conakry, a été arrêté à l'entrée de Guéckedou, au mois d'août 2014. Les passagers, conduits au CTE, ont été testés et quatre se sont révélés positifs. Ces malades se déplaçaient en raison d'une perception de meilleurs soins dans la capitale où le taux de guérison était considéré comme le meilleur. En effet, en raison des critiques faites à la stratégie de communication, la Coordination nationale a décidé d'insister sur des messages positifs (comme le taux de guérison), afin de donner espoir aux populations et les encourager à plus de bienveillance à l'égard des CTE. Cette approche a eu des effets pervers en contribuant à augmenter les déplacements des malades venus de l'intérieur du pays. Tout ceci dans le contexte d'un système de santé historiquement inégalitaire, considéré comme plus performant à Conakry que dans la Forêt, une zone de « laissés pour compte » depuis longtemps, situation amplifiée par la chute du Président Dadis Camara (selon les points de vue des Forestiers).

40 En définitive, ces analyses montrent qu'en se focalisant sur les « réticences » et en omettant les dynamiques socio-familiales produites par l'épidémie, la Riposte a réduit son champ de vision. Elle ne s'est pas donné les moyens de voir dans quelle mesure la survenue de l'épidémie a créé des situations expliquant la mobilité des malades et des suspects. Cette dernière ne résulte pas toujours d'une défiance des populations à l'égard de la Riposte, elle est consécutive à une stigmatisation des malades par les familles et les communautés.

Conclusion

41 Depuis le début de l'épidémie en Afrique de l'Ouest, de nombreux acteurs ont magnifié la place de choix que l'anthropologie a occupée au sein du dispositif de la Riposte à Ebola. Cependant, l'analyse des mobilisations de cette discipline dans et autour de ce dispositif montre que c'est une idée préconçue de l'anthropologie qui a été mise à contribution, une anthropologie culturaliste qui « enferme des sociétés dans une représentation figée, fermée, sous l'emprise des traditions. » (Brauman, 2005 : 3). L'anthropologie étant appelée à prendre comme objet les traditions des communautés affectées sans interroger le dispositif de gestion de l'épidémie, ses potentialités d'analyse s'en sont trouvées réduites.

42 Il ne s'agit pas ici de considérer que les anthropologues doivent s'écarter du dispositif de la Riposte. Cet article fait plutôt le vœu qu'ils s'y engagent, afin de contribuer à une meilleure compréhension des productions discursives et des attitudes en temps d'Ebola, selon une anthropologie « dynamique, qui intègre l'histoire, la politique, qui voit les sociétés ouvertes et en mouvement... » (Brauman, 2005 : 3), non inféodée au discours de la médecine (Schurmans & Charmillot, 2009).

43 Les données présentées ici proposent le caractère fécond d'une telle approche, lorsque l'anthropologie parvient à s'échapper de la « commande » de la Riposte. En évitant de ranger d'emblée les productions discursives et les attitudes des communautés dans la catégorie « réticences », l'anthropologie apprécie mieux comment elles sont construites par le dispositif lui-même, du fait d'une approche basée trop exclusivement sur la biosécurité. Elle illustre comment les unes et les autres

prennent corps dans des univers culturels et sociaux et des contextes historiques larges, qui leur donnent sens. Si le dispositif de la riposte a défini des normes de biosécurité et recommandé des conduites qui dénie aux populations leurs droits au nom de l'exceptionnalité d'Ebola, celles-ci ne la considèrent et ne la vivent pas toujours comme un événement hors norme. Un mort d'Ebola n'est pas exceptionnel pour les communautés, au sens où, malgré le risque de transmission, il doit être géré et son corps enterré de manière conforme à la norme sociale (ce qui en fait un enterrement digne).

44 Face aux acteurs de la Riposte, qui veulent que les populations dociles acceptent de renoncer à leurs droits, l'anthropologie symétrique aide à comprendre comment celles-ci sont plutôt du côté d'un langage du quotidien, issu d'une longue économie du ressentiment et du soupçon (Fassin, 1996). L'épidémie est une expérience ordinaire, en termes de rationalisations, de productions discursives, d'attitudes et pratiques. C'est en puisant dans leur expérience des clivages ethniques et politiques, et dans leurs traditions culturelles antérieures que les Guinéens ont vécu la maladie.

45 En définitive, recruter des anthropologues dans les équipes d'intervention, chanter les louanges de l'anthropologie dans les cercles de décision à l'international (comme l'a fait Margaret Chan dans son discours à la 68ème Assemblée mondiale de la Santé au Palais des Nations) ou instrumentaliser leurs outils qualitatifs ne suffit pas pour rendre cette discipline pleinement opérationnelle dans la gestion de l'urgence sanitaire (Gruénais, 2012). C'est en permettant à l'anthropologie de se déployer à travers les dispositifs de riposte de façon symétrique et réflexive qu'elle pourra produire de la science et éclairer l'action publique. L'expérience récente rappelle (Epelboin, 2009) aussi que le risque de stigmatisation et de transformation des relations sociales induites par Ebola met l'anthropologie face aux limites fixées par sa propre méthodologie et sa conception de la relation à l'Autre (Vidal, 1995). Cette réalité invite à réfléchir sur les types d'ajustements et renouvellement méthodologiques nécessaires.

Bibliographie

Des DOI (Digital Object Identifier) sont automatiquement ajoutés aux références par Bilbo, l'outil d'annotation bibliographique d'OpenEdition.

Les utilisateurs des institutions abonnées à l'un des programmes freemium d'OpenEdition peuvent télécharger les références bibliographiques pour lesquelles Bilbo a trouvé un DOI.

Format

APA

MLA

Chicago

Le service d'export bibliographique est disponible pour les institutions qui ont souscrit à un des programmes freemium d'OpenEdition.

Si vous souhaitez que votre institution souscrive à l'un des programmes freemium d'OpenEdition et bénéficie de ses services, écrivez à : access@openedition.org.

AGIER M., 2004. *La sagesse de l'ethnologue*. Paris, L'Œil neuf Éditions.

ALMUDENA M. et BORCHERT M., 2014. *Réticences aux mesures de contrôle de l'épidémie d'Ebola- Comprendre, réagir, prévenir*. Rapport de mission en Guinée Forestière, Ministère guinéen de la santé/Charité, médecine universitaire, Berlin.

BRAUMAN R., 2005. « L'anthropologie à MSF, un luxe pour l'opérationnel ? », *TAG*, 7 : 3.

EPELBOIN A., ODUGLEH-KOLEV A., FORMENTY P., 2012. « Contribution de l'anthropologie médicale à la lutte contre les épidémies de fièvres hémorragiques à virus Ebola et Marburg », In *Epidémies de fièvres hémorragiques à virus Ebola et Marburg : préparation, alerte, lutte et évaluation*, WHO/HSE/GAR/BDP : 7-93.

EPELBOIN A., 2009. « L'anthropologue dans la réponse aux épidémies : science, savoir-faire ou placebo ? », *Bulletin Amades*, 78, [En ligne] <http://amades.revues.org/index1060.html>, page consultée le 10 novembre 2015.

Format

APA

MLA

Chicago

Le service d'export bibliographique est disponible pour les institutions qui ont souscrit à un des programmes freemium d'OpenEdition.

Si vous souhaitez que votre institution souscrive à l'un des programmes freemium d'OpenEdition et bénéficie de ses services, écrivez à : access@openedition.org.

FARMER P., 2003. *Pathologies of Power. Health, Human Rights, and the New War on the Poor*. Berkeley-Los Angeles-London, University of California Press.

DOI : 10.1525/nad.2003.6.1.1

Format

APA

MLA

Chicago

Le service d'export bibliographique est disponible pour les institutions qui ont souscrit à un des programmes freemium d'OpenEdition.

Si vous souhaitez que votre institution souscrive à l'un des programmes freemium d'OpenEdition et bénéficie de ses services, écrivez à : access@openedition.org.

FASSIN D., 1996. *L'espace politique de la santé. Essai de généalogie*. Paris, PUF Collection « Sociologie d'aujourd'hui ».

DOI : 10.1016/S1240-1307(97)86228-0

FASSIN D., 1999. « L'anthropologie entre engagement et distanciation : essai de sociologie des recherches en sciences sociales sur le sida en Afrique », In BECKER C., DOZON J.P., OBBO C., TOURE M. (dir.), *Vivre et penser le sida en Afrique*. Paris, Karthala : 41-66.

FASSIN D., 2006. *Quand les corps se souviennent. Expériences et politiques du sida en Afrique du Sud*. Paris, La Découverte.

FASSIN D., 2007. « L'anthropologue et l'humanitaire, In Anthropologues et ONG : des liaisons fructueuses ? », *Revue Humanitaires* : 75-80.

FAY C., 1999. « Risques, enjeux et partenaires de la lutte internationale contre le sida » *Autrepart*, *Le Sida des autres : constructions locales et internationales de la maladie*, 12 : 5-17.

FAYE S.L., 2015. « Épidémie d'Ebola en Guinée-Conakry : l'anthropologie dans l'urgence sanitaire », *La Santé en Action, Dossier urgences Sanitaires, Revue INPES*, n° 432.

GASQUET C., 2011. *Une géographie de la fièvre hémorragique à virus Ebola : représentations et réalités d'une maladie émergente au Gabon et en République du Congo*, Thèse de doctorat unique en Géographie humaine, Paris-Ouest Nanterre La Défense.

GRUÉNAIS, M.E. 1995. « Anthropologie médicale appliquée : connaissances, attitudes, croyances, pratiques », In BARE J.F. (ed.), *Les applications de l'anthropologie*. Paris, Karthala : 179-220.

GRUÉNAIS, M.E., 2012. « L'anthropologie sociale est-elle inapplicable ? », *Bulletin de l'APAD*, 34-36, [En ligne] <http://apad.revues.org/4109>, page consultée le 10 novembre 2015.

Format

APA

MLA

Chicago

Le service d'export bibliographique est disponible pour les institutions qui ont souscrit à un des programmes freemium d'OpenEdition.

Si vous souhaitez que votre institution souscrive à l'un des programmes freemium d'OpenEdition et bénéficie de ses services, écrivez à : access@openedition.org.

HONNETH A, 2004. « La théorie de la reconnaissance : une esquisse », *Revue du MAUSS*, 1, 23 :133-136.

DOI : 10.3917/rdm.023.0133

HOURS B, 2009. « Pour une anthropologie post-culturelle de la santé », *Bulletin Amades*, 56, [En ligne] <http://amades.revues.org/634>, page consultée le 10 novembre 2015.

LARSON H., 2014. *Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé*, 92 : 84-85.

Format

APA

MLA

Chicago

Le service d'export bibliographique est disponible pour les institutions qui ont souscrit à un des programmes freemium d'OpenEdition.

Si vous souhaitez que votre institution souscrive à l'un des programmes freemium d'OpenEdition et bénéficie de ses services, écrivez à : access@openedition.org.

LATOURE B., 1991. *Nous n'avons jamais été modernes. Essai d'anthropologie symétrique*. Paris, La. Découverte, coll. L'armillaire.

DOI : 10.1016/S1240-1307(97)86232-2

LAVIGNE-DELVILLE P., 2011. « Pour une anthropologie symétrique entre développeurs et développés », *Cahiers d'études africaines*, 202-203 : 491-509.

Format

APA

MLA

Chicago

Le service d'export bibliographique est disponible pour les institutions qui ont souscrit à un des programmes freemium d'OpenEdition.

Si vous souhaitez que votre institution souscrive à l'un des programmes freemium d'OpenEdition et bénéficie de ses services, écrivez à : access@openedition.org.

NIANG C.I., 2014. « Ebola, une épidémie postcoloniale », *Politique Etrangère*, 4 : 97-109, [En ligne] <http://www.cairn.info/revue-politique-etrangere-2014-4-page-97.htm>, page consultée le 10 novembre 2015.

DOI : 10.3917/pe.144.0097

OLIVIER DE SARDAN J.P., 2008. *La rigueur du qualitatif*. Louvain-La-Neuve, Academia Bruylant.

PREVÔT H., 1996. « Le mythe moderne au risque de l'anthropologie : bref aperçu des théories de Bruno Latour », *Aspects sociologiques*, 4, 1-2 : 26-35.

POLLAK M., 1992. *Une identité blessée. Etudes de sociologie et d'histoire*. Paris, Métailié.

RICHARDS P., 2006. « Forced Labour & Civil War. Agrarian Underpinnings of the Sierra Leone Conflict », In KAARSHOLM P. (dir.), *Violence Political Culture & Development in Africa*, Oxford, James Currey : 181-198.

Format

APA

MLA

Chicago

Le service d'export bibliographique est disponible pour les institutions qui ont souscrit à un des programmes freemium d'OpenEdition.

Si vous souhaitez que votre institution souscrive à l'un des programmes freemium d'OpenEdition et bénéficie de ses services, écrivez à : access@openedition.org.

SAILLANT F., GAGNON E., 1999. « Présentation. Vers une anthropologie des soins ? ». *Anthropologie et Sociétés*, 23, 2 : 5-14.

DOI : 10.7202/015597ar

SCHURMANS M.N, CHARMILLOT M., 2009. « Les sciences sociales face au paradigme médical : approche critique », In FELIX C., TARDIF J. (éd.), *Actes éducatifs et de soins, entre éthique et gouvernance, Actes du colloque international*, Nice.

Format

APA

MLA

Chicago

Le service d'export bibliographique est disponible pour les institutions qui ont souscrit à un des programmes freemium d'OpenEdition.

Si vous souhaitez que votre institution souscrive à l'un des programmes freemium d'OpenEdition et bénéficie de ses services, écrivez à : access@openedition.org.

VIDAL L., 1995. « L'anthropologie, la recherche et l'intervention sur le sida en Afrique. Enjeux méthodologiques d'une rencontre », *Sciences Sociales et Santé*, 13, 2 : 5-27.

DOI : 10.3406/sosan.1995.1324

Notes

1 La Riposte est l'appellation officielle que l'OMS a donnée au dispositif de lutte contre Ebola, recouvrant l'ensemble des équipes d'intervention (acteurs internationaux, humanitaires, locaux) engagées sur le terrain pour mener les activités de gestion de l'épidémie.

2 Parmi les morts, le directeur préfectoral de la santé de Nzérékoré (responsable du comité préfectoral de lutte contre Ebola), le directeur général adjoint de l'hôpital de Nzérékoré (responsable de la sous-commission communication), le sous-préfet, un pasteur, des journalistes.

3 Il s'agit d'un protocole de l'OMS défini en septembre 2014 et portant sur les inhumations sans risque et dans la dignité pour les personnes décédées dans les communautés (décès dits communautaires) en période de flambée épidémique (OMS, 2014).

4 Le dispositif de la coordination nationale de la Guinée pour la lutte contre Ebola a été organisé autour de plusieurs commissions afin de faciliter la coordination des activités: prise

en charge, mobilisation sociale et engagement des communautés, suivi des contacts et surveillance épidémiologique, logistique, administration. Cette organisation au niveau national a été répliquée au niveau de chaque préfecture touchée par l'épidémie (Coordination préfectorale).

5 Un décès communautaire est défini par le dispositif de la Riposte comme tout cas de personne décédée à domicile ou en dehors d'un Centre de Traitement Ebola.

6 Cet essai a été promu par l'INSERM et financé par la Commission Européenne dans le cadre du projet européen REACTION de l'Initiative Horizon 2020.

7 C'est d'ailleurs la raison pour laquelle ces lieux ont été d'abord nommés comme « Centre d'isolement ». La désignation a été changée par la suite, parce que les anthropologues trouvaient que cela ne donnait pas espoir et ne favorisait pas le recours à ces structures.

8 Depuis juin 2014, beaucoup de débats ont porté sur l'aspect financier de l'épidémie et les médias se sont fait l'écho des milliards récoltés par certaines organisations humanitaires, au prétexte de l'urgence. Même le Président de la République a demandé à MSF de justifier les dépenses de l'argent collecté au nom de la Riposte.

9 Cette lecture est d'autant plus plausible que lors de la campagne électorale pour les élections présidentielles, le candidat Alpha Condé a fait référence à Ebola comme un événement qui a ralenti la mise en œuvre de ses ambitions pour la Guinée.

10 Entretien avec *Vision Guinée*, 17 juin 2014 « Jean Marie Doré catégorique : La viande de singe ne transmet pas Ebola ».

11 Il s'agit d'entretiens menés par les épidémiologistes, visant à informer sur une potentielle exposition du défunt à un risque de contamination.

Pour citer cet article

Référence électronique

Sylvain Landry Faye, « L'« exceptionnalité » d'Ebola et les « réticences » populaires en Guinée-Conakry. Réflexions à partir d'une approche d'anthropologie symétrique », *Anthropologie & Santé* [En ligne], mis en ligne le 30 novembre 2015, consulté le 30 novembre 2015. URL : <http://anthropologiesante.revues.org/1796>

Auteur

Sylvain Landry Faye

Faculté des Lettres et Sciences Humaines (FLSH), Université Cheikh Anta DIOP (UCAD), BP 5005, Dakar-Fann, Sénégal, fayesylvain@yahoo.fr ; sylvain.faye@ucad.edu.sn

Droits d'auteur

© Tous droits réservés